Partenariat des **RLISS**

Guide de mise en œuvre et trousse à outils

Chez soi avant tout

Pour la diffusion des pratiques exemplaires sur la gestion de la transition en Ontario

Février 2011



Ontario
Réseau local d'intégration des services de santé

Table des matières

Partenariat des RLISS

Le Partenariat des RLISS est un comité consultatif provincial qui met à contribution les fournisseurs de services de santé, leurs associations et les RLISS afin de résoudre les problèmes du système de santé liés au mandat des RLISS.

Section I : Introduction

A. Qu'est-ce que Chez soi avant tout?

Chez soi avant tout est une philosophie de gestion de la transition personnalisée et basée sur des données probantes qui vise à garder les patients – et avant tout les personnes âgées ayant des besoins importants – en sécurité chez eux le plus longtemps possible en leur offrant des services communautaires. Si des soins actifs dans un hôpital sont nécessaires, les patients recevront, dans le cadre de **Chez soi avant tout**, le soutien dont ils ont besoin pour retourner chez eux après leur congé avant de subir une évaluation visant à déterminer s'ils doivent ou non être admis dans un foyer de soins de longue durée ou un autre établissement de soins approprié. Selon cette nouvelle philosophie, on envisage le transfert direct des patients de l'hôpital à un foyer de soins de longue durée seulement une fois que toutes les autres possibilités ont été épuisées.

Avantages de Chez soi avant tout

- Permet aux patients de rester chez eux le plus longtemps possible
- Réduit les risques de contracter une infection à l'hôpital
- Permet aux patients de recouvrer le plus possible leurs capacités fonctionnelles avant de prendre une décision capitale
- Libère des lits de soins actifs
- Fait diminuer la demande pour des places dans les foyers de soins de longue durée

Cette philosophie consiste à évaluer activement et efficacement les options possibles pour les soins postactifs en faisant participer les patients et les membres de leur famille aux décisions. Le but est de fournir les soins qui conviennent le mieux à la personne, au bon moment, au bon endroit en tenant compte des coûts pour que le retour à la maison et dans la collectivité se passe bien. Il est aussi nécessaire de changer la culture dans les organisations de soins de santé et d'opérer une transformation de l'ensemble des soins de santé pour abandonner l'approche traditionnelle de prestation de soins aux personnes âgées ayant des besoins importants dans les hôpitaux et les collectivités.

Selon la norme provinciale, un patient doit recevoir la désignation ANS (autre niveau de soins) par un médecin ou son délégué lorsqu'il occupe un lit dans un hôpital et qu'il n'a plus besoin de ressources ou de services aussi importants que ceux qui sont fournis dans l'établissement où il se trouve. Une fois mise en œuvre, la philosophie Chez soi avant tout permettra de réduire la durée de séjour dans les hôpitaux des patients ANS, d'éviter des visites aux services des urgences et des hospitalisations et de réduire la demande pour des places dans les foyers de soins de longue durée. Dans le cadre de Chez soi avant tout, on reconnaît que c'est au secteur communautaire qu'il revient de fournir du soutien et des soins continus aux personnes âgées ayant des besoins importants et que les foyers de soins de longue durée doivent être réservés aux personnes âgées les plus vulnérables. Par conséquent, on est en train de créer les capacités nécessaires dans les collectivités pour offrir aux patients l'aide dont ils ont besoin chez eux.

Pourquoi avoir créé Chez soi avant tout?

Il existe de gros problèmes de débordement dans nos hôpitaux et

dans le reste du système de santé. Dans les hôpitaux de l'Ontario, le nombre élevé de patients ANS et la longue durée de leur séjour nuisent à l'admission rapide dans des lits d'hôpitaux de patients qui se trouvent aux services des urgences. Mais surtout, les séjours prolongés de patients ANS dans les hôpitaux ont des effets négatifs sur leur qualité de vie. En effet, à la suite d'une vérification réalisée en 2010 par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario sur les pratiques de mise en congé dans les hôpitaux de l'Ontario, le vérificateur général a publié, en décembre 2010, un rapport qui disait ce qui suit : « Le fait de rester à l'hôpital plus longtemps que nécessaire sur le plan médical peut avoir des effets indésirables sur l'état de santé des patients ». De plus, le même rapport recommandait que les hôpitaux, de concert avec les RLISS, fassent bien comprendre aux patients ainsi qu'à leur famille que les hôpitaux ne sont pas l'endroit le plus sécuritaire ni le plus approprié où garder les patients, en particulier les personnes âgées ayant des besoins importants dont l'état s'est stabilisé ou qui n'ont plus besoin de soins actifs, en attendant qu'ils obtiennent des soins postactifs, compte tenu des risques d'infection à l'hôpital.

Il existe de plus en plus de données, tant nationales qu'internationales, qui viennent appuyer la prestation de soins aux patients à domicile, et des études ont montré que, s'ils sont bien ciblés et bien gérés, les soins à domicile peuvent faire baisser la demande pour des soins plus coûteux donnés dans les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée, tout en permettant de préserver l'autonomie de la personne[1,2,3]. Les soins à domicile permettent aussi de réduire la demande pour des lits dans les foyers de soins de longue durée, qui ont souvent de longues listes d'attente. D'après l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, il y aurait actuellement 25 000 personnes sur les listes d'attente pour les 76 000 lits subventionnés dans des foyers de soins de longue durée de l'Ontario[4]. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé indique quant à lui que le délai d'attente moyen pour les lits des foyers a doublé depuis deux ans, passant de 49 jours à 106 jours[5]. À cause des longues listes d'attente et des longs délais, les hôpitaux se retrouvent avec de nombreux patients ayant terminé leur phase de soins actifs et reçu la désignation ANS qui attendent d'être admis dans un foyer de soins de longue durée.

Grâce à la philosophie Chez soi avant tout, on pourra aider à réduire la demande et les listes d'attente pour les foyers puisqu'on procédera à l'évaluation des personnes âgées ayant des besoins importants après leur phase de soins actifs pour faire en sorte que seules celles ayant vraiment besoin d'un lit dans un foyer de soins de longue durée présentent une demande et soient admises. Une étude réalisée à Toronto a révélé que, parmi les personnes inscrites sur les listes d'attente des foyers, une proportion allant d'un tiers à la moitié pouvaient en fait recevoir des soins à domicile ou dans un logement avec services de soutien de façon sécuritaire et économique[1]. De plus, d'après une analyse réalisée par le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant, il semblerait que, comparativement aux soins fournis à domicile, les logements avec services de soutien coûtent 1,2 à 1,8 fois plus cher tandis que les lits dans les foyers de soins de longue durée sont 2,2 à 3,4 fois plus coûteux[6]. Par ailleurs, Chez soi avant tout représente une philosophie des soins axée sur la personne. En effet, une étude réalisée par Anciens Combattants Canada indique que le niveau de satisfaction à l'égard des soins à domicile est élevé et que, en fait, la plupart des clients préfèrent recevoir des soins à domicile plutôt que dans un établissement comme un foyer de soins de longue durée[7].

C'est le RLISS de Mississauga Halton qui a introduit la philosophie Chez soi avant tout en 2008, en réaction aux débordements importants dans les hôpitaux qui étaient à l'origine de la désignation d'un plus grand nombre de patients ANS. La mise en œuvre de cette philosophie a permis au RLISS de Mississauga Halton de faire des investissements communautaires ciblés et

de transformer la prestation des soins dans les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les foyers de soins de longue durée et le secteur des services de soutien communautaire de manière à s'efforcer avant tout de fournir des soins de qualité à l'endroit qui convient en temps opportun. Depuis, la philosophie Chez soi avant tout (ou un modèle similaire) a été introduite dans tous les RLISS, et chacun des 14 RLISS en est maintenant à une étape de planification ou de mise en œuvre différente. Même si les RLISS s'efforcent d'échanger leurs connaissances et l'information sur les pratiques exemplaires relatives à la philosophie Chez soi avant tout, ils n'ont toujours pas adopté de modèle commun de mise en œuvre. À cause des différences entre les pratiques en usage dans la province et du stade peu avancé de la mise en œuvre dans beaucoup de RLISS, on a jugé qu'il serait utile d'élaborer un guide de mise en œuvre avec une trousse à outils (le « guide ») pouvant servir de manuel d'instructions aux RLISS.

B. Processus suivi

Considérant Chez soi avant tout comme un outil prioritaire pour la gestion de la transition, les RLISS se sont adressés au Partenariat des RLISS pour lui demander de recenser les pratiques actuelles relatives à cette philosophie en usage en Ontario et d'élaborer le guide. Un groupe de travail sur Chez soi avant tout formé de représentants des RLISS, des CASC, du secteur des services de soutien communautaire, du secteur des soins primaires, des foyers de soins de longue durée et des hôpitaux de soins actifs ayant pour mandat d'orienter le projet a alors été constitué. Sous la direction de ce groupe de travail, le Partenariat des RLISS a élaboré un questionnaire englobant différents thèmes, qui devait être rempli par les RLISS et les CASC et qui était destiné à recueillir de l'information sur les divers modèles et activités d'application de la philosophie Chez soi avant tout dans la province. On a ensuite réalisé une série d'entrevues avec chacun des 14 RLISS et des CASC dans le but de compléter les renseignements déjà obtenus au moyen du questionnaire. Les thèmes du questionnaire étaient les suivants :

- la philosophie et l'approche;
- le processus et la structure;
- l'adhésion des médecins;
- l'adhésion des infirmières, des professionnels paramédicaux et des autres membres du personnel;
- le soutien par la direction des hôpitaux;
- les risques et difficultés;
- les communications;
- l'information;
- l'évaluation du rendement.

On a fait confirmer par les dirigeants des RLISS et des CASC les données recueillies au moyen des questionnaires et des entrevues, puis on les a analysées pour évaluer les points communs et les différences en fonction des particularités locales. Les résultats de l'analyse ont ensuite été soumis à l'examen du groupe de travail. Il est ressorti des entrevues et des questionnaires que les RLISS en étaient à un stade différent dans la planification ou la mise en œuvre de Chez soi avant tout. Il était aussi évident que différents modèles étaient utilisés, selon les particularités locales propres à chaque RLISS. Vous trouverez donc dans le présent guide de l'information fondée sur les données fournies par les RLISS et les CASC au moyen des questionnaires et des entrevues.

C. Objet

Le présent guide vise à faciliter la transition des patients des soins en établissement aux soins à domicile. Il est destiné à guider les RLISS pour la mise en œuvre de Chez soi avant tout, en tenant compte des différents modèles utilisés par les RLISS. Compte tenu des particularités locales propres à chaque RLISS, le guide ne recommande aucun modèle en particulier. C'est plutôt aux RLISS qu'il revient de choisir les outils qui y sont présentés, à leur discrétion. Les objectifs détaillés du guide sont donc les suivants :

- promouvoir l'adoption d'une philosophie commune à l'échelle provinciale pour Chez soi avant tout;
- guider les RLISS pour la mise en œuvre de Chez soi avant tout;
- indiquer les difficultés et les risques courants associés à Chez soi avant tout et les stratégies pour les surmonter;
- fournir une série de critères provinciaux de mesure du rendement dont pourront se servir tous les RLISS afin de mesurer les progrès et la réussite de Chez soi avant tout;
- procurer un ensemble d'outils et de modèles que les RLISS pourront utiliser pour la mise en œuvre de Chez soi avant tout.

D. Motifs des variations dans l'application de Chez soi avant tout

Comme on l'a déjà mentionné, à cause des variations dans les particularités locales de chaque RLISS, Chez soi avant tout a été mis en œuvre selon divers modèles dans la province. Voici un aperçu des motifs à l'origine de ces variations.

- ***Culture et leadership organisationnels*** **:** Chez soi avant tout exige d'importants changements de comportement et de mentalité de la part des fournisseurs de soins de santé. Alors qu'auparavant, la procédure à suivre pour les personnes âgées ayant des besoins importants consistait à les désigner pour un transfert dans un foyer de soins de longue durée et à coordonner et accélérer leur transfert, il faut maintenant amener les fournisseurs de soins de santé à penser différemment. Ils doivent en effet s'efforcer plutôt de renvoyer les patients chez eux, en leur offrant un soutien communautaire accru. Selon la culture organisationnelle du RLISS et son degré d'ouverture au changement, des variations dans la façon d'opérer ce changement de mentalité peuvent être nécessaires.

- ***Relations existantes entre les parties :*** Les relations qui existent déjà entre les parties contribuant à Chez soi avant tout jouent un rôle de premier plan dans la mise en œuvre et l'application continue de cette philosophie. S'il existe déjà d'étroites relations marquées par la solidarité et la collaboration, la mise en œuvre est plus facile et se fait de façon plus efficace. Par contre, lorsque les relations ont besoin d'être resserrées, il faut commencer par accroître la collaboration et la confiance entre les parties avant d'entreprendre la mise en œuvre.

- ***Capacités des services de soutien communautaire*** **:** Pour pouvoir mettre en œuvre la philosophie Chez soi avant tout, un RLISS doit pouvoir s'appuyer sur tout un éventail de services de soutien communautaire fournis par les organismes de ce secteur et par les CASC en dehors des heures normales d'ouverture pour venir en aide aux patients chez eux.

- ***Territoire et limites géographiques :*** L'étendue du territoire, la population servie (urbaine ou rurale et âge moyen) et la distance par rapport aux autres RLISS sont tous des facteurs qui varient d'un RLISS à l'autre. Les RLISS responsables d'un vaste territoire doivent fournir des services communautaires sur une grande étendue et, par conséquent, la disponibilité des services et les délais d'attente peuvent s'en ressentir. De plus, les RLISS situés à proximité d'autres RLISS peuvent recevoir une grande proportion de patients d'hôpitaux de soins actifs qui vivent à l'extérieur de leur territoire. Dans un cas semblable, lorsque vient le moment de rapatrier un patient, il peut exister des différences entre les services communautaires offerts par le RLISS responsable du territoire où des soins actifs ont été prodigués et ceux du RLISS où le patient habite et recevra par la suite des services à domicile.

Signalons que, s'il est compréhensible, voire nécessaire dans certains cas, qu'on observe différents modèles dans la province, il n'en reste pas moins que les éléments fondamentaux de la philosophie Chez soi avant tout doivent être appliqués de façon uniforme par tous les RLISS. On trouve des partenariats dans toutes les collectivités. Il est important de reconnaître que le développement des ressources communautaires en fonction de l'évolution des besoins est un processus continu, mais la conception selon laquelle le domicile doit être la principale destination pour tous les patients qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés pour recevoir des soins actifs doit être adoptée et comprise par toutes les parties. Les éléments fondamentaux de la philosophie Chez soi avant tout sont vus plus en détail dans la section II.

Section II : Éléments fondamentaux de Chez soi avant tout

La mise en œuvre de la philosophie repose sur l'intégration de plusieurs éléments fondamentaux. Il n'est cependant pas nécessaire d'avoir adopté tous les éléments fondamentaux pour entreprendre la transition à Chez soi avant tout, et le RLISS peut choisir de se concentrer davantage sur certains éléments plutôt que d'autres, selon les particularités locales. Il est néanmoins impératif d'intégrer tous les éléments suivants dans une certaine mesure pour que l'approche Chez soi avant tout puisse être un succès.

La présente section donne une description de chacun des éléments fondamentaux de Chez soi avant tout pour guider les RLISS et leurs fournisseurs de services de santé, qu'ils en soient aux débuts de la mise en œuvre ou à un stade plus avancé. Ces éléments fondamentaux sont les suivants :

A. **la philosophie;**
B. **le leadership efficace et la promotion par les dirigeants;**
C. **les rôles et responsabilités;**
D. **les structures et processus;**
E. **l'adhésion des professionnels de la santé;**
F. **les communications et l'information;**
G. **l'évaluation.**

A. Philosophie

Même si le modèle d'application varie d'un RLISS à l'autre, il existe des points communs dans la philosophie et les principes à la base de Chez soi avant tout. Avec un énoncé provincial de la philosophie, tous les RLISS poursuivront le même grand objectif général, même s'il subsiste des différences dans la mise en œuvre. Voilà pourquoi on a élaboré l'énoncé provincial suivant de la philosophie Chez soi avant tout pour tous les RLISS et les fournisseurs de services de santé.

CHEZ SOI AVANT TOUT

Lorsqu'une personne est hospitalisée parce qu'elle a besoin de soins actifs, il faut s'efforcer de mettre à sa disposition les ressources nécessaires pour l'aider à retourner *chez elle* après son congé.

L’énoncé de la philosophie est fondé sur les principes définis ci-dessous.

- ***Il vaut mieux être chez soi pour prendre les décisions qui influenceront le reste de notre vie.*** C’est chez lui qu’un patient est le mieux pour se rétablir et il y subit aussi moins de stress que dans un hôpital. Pour cette raison, on considère que c’est le meilleur endroit pour prendre les décisions susceptibles d’influencer le reste de notre vie. La présentation d’une demande d’admission à un foyer de soins de longue durée est un processus social. S’il s’avère nécessaire d’en arriver là, il vaut mieux que le patient le fasse chez lui, avec les membres de sa famille et ses proches.

- ***Les gens peuvent choisir les risques que comporte la vie chez soi et dans la collectivité.*** Bien souvent, les patients et les familles pensent que l’hôpital est l’endroit comportant le moins de risques pour les patients – notamment les personnes âgées ayant des besoins importants – après les soins actifs. Il faut qu’ils comprennent qu’il existe des risques en matière de santé et de sécurité dans tout environnement, qu’il s’agisse de l’hôpital, de la collectivité ou du domicile. Les gens courent bel et bien des risques chez eux. L’important est de veiller à ce qu’ils ne soient pas en danger. De plus, la qualité de vie n’est pas forcément en corrélation avec le degré de risque et elle est souvent meilleure lorsque les patients choisissent eux-mêmes où ils iront et peuvent retourner rapidement chez eux.

- ***Les établissements de soins présentent des risques qui ne sont pas aussi élevés chez soi.*** Un patient court des risques en demeurant à l’hôpital quand il n’a plus besoin de soins actifs. Il peut notamment contracter une maladie infectieuse, voir son état physique ou mental se dégrader et souffrir d’isolement social. Chez soi avant tout est une philosophie axée sur la personne qui vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins et qui suppose que le domicile est l’endroit idéal pour des soins postactifs.

- ***Les patients et les membres de leur famille doivent collaborer avec les fournisseurs de soins de santé pour la prestation des soins.*** Les fournisseurs de soins de santé ne sont pas les seuls responsables des soins. La famille, les proches et les fournisseurs de soins primaires ont également un rôle de premier plan à jouer. Ils doivent en effet faire équipe avec les professionnels de la santé afin d’examiner et d’évaluer les options pour les soins postactifs et, potentiellement, pour la poursuite des soins à domicile.

- ***Il faut éviter la discrimination fondée sur l’âge.*** Il faut évaluer chaque patient en fonction de ses besoins, sans préjugés relatifs à l’âge. Voilà pourquoi on doit commencer par envisager un retour à la maison pour chaque patient, peu importe son âge ou son état de santé.

Selon la philosophie Chez soi avant tout, le domicile est considéré comme la première destination visée pour tous les patients après la mise en congé. Bien qu’il n’existe pas de critères d’admissibilité précis pour évaluer les patients dans le cadre de cette philosophie, il peut en exister pour des programmes et services qu’elle englobe. Les critères en question peuvent varier d’un RLISS à l’autre.

B. Leadership efficace et promotion par les dirigeants

La promotion évidente et continue par les dirigeants et le leadership exercé par les RLISS, les hôpitaux et les CASC, avec l'adhésion complète des foyers de soins de longue durée ainsi que des secteurs des services de soutien communautaire, des soins primaires et des services communautaires de santé mentale, est un facteur de succès crucial pour assurer l'efficacité de la mise en œuvre et de l'application continue de Chez soi avant tout. On emploie le plus souvent une approche descendante pour appliquer Chez soi avant tout, c'est-à-dire que la transformation organisationnelle commence au niveau de la direction. La promotion par les dirigeants a pour effet de mobiliser le personnel à tous les niveaux et dans tous les milieux pour favoriser la collaboration et diriger un changement de culture et de pratiques dans toute l'organisation. En faisant la promotion de la philosophie et en soutenant sa mise en œuvre, les dirigeants feront sentir au personnel à quel point Chez soi avant tout est important et prioritaire.

C. Rôles et responsabilités

Pour toute démarche aussi vaste mettant à contribution autant de parties différentes, il est important de bien définir dès le début les rôles et responsabilités de chacune et les rapports entre les parties. Le RLISS et les fournisseurs de services de santé doivent absolument exercer un leadership efficace pour que Chez soi avant tout soit une réussite. Il est également impératif que les fournisseurs de services de santé reconnaissent que la catégorie ANS est hautement prioritaire, compte tenu des effets sur la durabilité et la qualité des soins. Enfin, les parties doivent assumer les responsabilités pour Chez soi avant tout puisqu'ils ont tous un rôle de premier plan à jouer pour assurer le succès de la mise en œuvre. Elles doivent accepter pleinement les changements entraînés par Chez soi avant tout et les intégrer à leur fonctionnement.

Collaboration et intégration accrue

La bonne mise en œuvre de Chez soi avant tout exige un niveau élevé de **collaboration** entre les RLISS, les CASC, les hôpitaux ainsi que les secteurs des services de soutien communautaire, des services de santé mentale et des soins primaires. Chaque partie concernée doit assumer l'entière responsabilité de la mise en œuvre et de l'exécution continue de la philosophie. Une collaboration efficace facilitera les changements nécessaires dans la culture et les façons de faire pour le lancement de Chez soi avant tout. Des discussions informelles entre toutes les parties ou quelques-unes d'entre elles peuvent représenter une première démarche de collaboration, qui peut être suivie par la création de comités officiels, comme on le verra plus loin dans le guide. Pour entretenir de bonnes relations, les parties doivent bien comprendre les éléments de la philosophie de même que le rôle de premier plan qu'elles jouent dans la mise en œuvre. Il est surtout capital que les CASC et les hôpitaux collaborent étroitement puisque ces deux parties contribuent de façon importante à l'application de la philosophie.

Rôle du RLISS

Les RLISS ont pour mandat de planifier et d'intégrer les services de santé. Par conséquent, leur rôle en relation avec Chez soi avant tout consiste à superviser l'application de l'approche, à assurer le leadership global et à obtenir le soutien des autres intéressés (les hôpitaux, les CASC, le secteur des services de soutien communautaire, les foyers de soins de longue durée

et les médecins dispensant des soins primaires) pour pouvoir entamer les discussions sur Chez soi avant tout. Ils doivent notamment veiller à ce que tous les fournisseurs de services de santé fassent de Chez soi avant tout une priorité et à ce qu'ils se montrent déterminés à réduire le nombre de patients ANS, à éviter les hospitalisations et les visites superflues aux services des urgences et à réduire la demande pour des lits dans les foyers de soins de longue durée. À titre de gestionnaire du système de santé, le RLISS peut fournir de l'information contextuelle pour indiquer comment Chez soi avant tout cadrera avec les stratégies provinciales existantes et les stratégies locales propres au RLISS.

C'est aussi aux RLISS qu'il revient de distribuer et de réaffecter les ressources au besoin et de veiller à ce que les soins qui conviennent soient fournis au bon endroit, au bon moment et à un prix raisonnable. Pour ce faire, ils doivent voir à ce que les capacités soient suffisantes pour s'occuper des personnes âgées qui ont des besoins importants (catégories MAPLe 4 et 5) en réaffectant des ressources, en modifiant l'ordre des priorités et, dans la mesure du possible, en injectant de nouveaux fonds. Si ce n'est déjà fait, les RLISS doivent procéder à une évaluation des capacités du secteur des services de soutien communautaire de manière à bien mesurer à l'avance le soutien que ce secteur est en mesure d'offrir aux patients à domicile.


Assurer le leadership global et veiller à ce que les partenaires fassent de Chez soi avant tout une priorité


Superviser l'application de l'approche et communiquer les objectifs et les attentes du système


Évaluer les capacités et encourager la réduction des soins en établissement en augmentant les capacités du secteur communautaire comme il se doit


Établir les attentes en matière de rendement pour les RLISS et les fournisseurs de services de santé et veiller à ce que des mécanismes de surveillance et d'évaluation soient en place

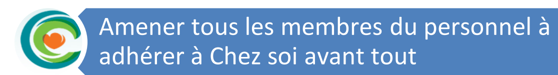

Encourager l'application d'outils d'évaluation normalisé (RAI) dans les pratiques courantes

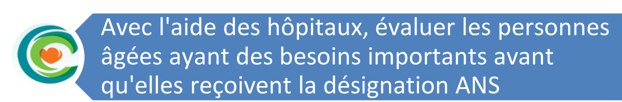

Distribuer et réaffecter les ressources au besoin pour maximiser l'efficacité du système

Les RLISS ont aussi pour responsabilité de surveiller et d'évaluer continuellement Chez soi avant tout en appliquant des critères de mesure du rendement et de voir à ce que les mécanismes de communication de l'information nécessaires soient en place pour que des mesures correctives soient prises au besoin. Ils doivent aussi mieux renseigner le public sur Chez soi avant tout et faire bien comprendre aux patients le processus de mise en congé et les avantages du retour à la maison. Pour ce faire, les RLISS doivent veiller à ce que tous les fournisseurs de services de santé transmettent des messages cohérents à propos de Chez soi avant tout. Bref, le rôle des RLISS consiste surtout à exercer un **leadership** et à s'occuper du **lancement** et de la **supervision** de Chez soi avant tout.

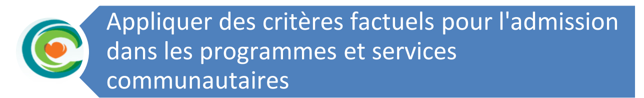
Rôle des CASC

Les CASC jouent un rôle de premier plan dans la **mise en œuvre** de Chez soi avant tout à titre de navigateurs du système pour les patients qui retournent chez eux. Pour assurer le succès de Chez soi avant tout, les CASC doivent amener tous les membres du personnel et tous les professionnels de la santé associés à adhérer à la philosophie et à collaborer avec les hôpitaux afin d’évaluer les personnes âgées ayant des besoins importants avant qu’elles reçoivent la désignation ANS.

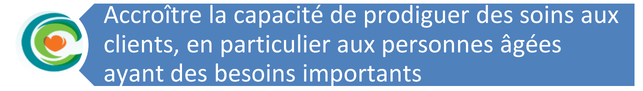




Évaluer si les patients peuvent retourner chez eux avec des services communautaires



Superviser continuellement Chez soi avant tout et prendre des mesures correctives au besoin



Voir à ce que toutes les autres options soient envisagées avant le placement dans un foyer et à ce que seules les personnes âgées ayant des besoins importants soient recommandées ou admises

Les CASC ont un rôle important à jouer puisque c’est eux qui évaluent si les patients peuvent retourner chez eux avec des services communautaires. Ils offrent tout un éventail de services pour permettre aux patients de rester chez eux en toute sécurité. Dans le cadre de Chez soi avant tout, les CASC doivent redistribuer les ressources existantes afin d’accroître le soutien et les capacités pour les personnes âgées ayant des besoins importants (catégories MAPLe 4 et 5) dans la collectivité. Lorsque des places se libèrent dans les foyers de soins de longue durée, les CASC doivent maximiser le rendement en veillant à ce que seules les personnes âgées les plus vulnérables (catégories MAPLe 4 et 5) soient recommandées et admises dans les foyers. À titre de partenaires clés, les CASC doivent être capables de fournir les services offerts pour assurer le succès de Chez soi avant tout. Pour ce faire, ils doivent arriver à bien gérer les attentes et à faire une bonne planification des mises en congé avec l’aide des hôpitaux et des autres partenaires.

Pour promouvoir la philosophie, les CASC doivent assurer les communications et transmettre de l’information aux côtés des RLISS, des hôpitaux et du personnel du secteur des services de soutien communautaire et montrer ainsi leur collaboration. Tout comme les RLISS et les hôpitaux, les CASC doivent continuellement surveiller les progrès des initiatives liées à Chez soi avant tout et les communiquer au RLISS en employant des critères de mesure du rendement. Les gestionnaires de cas des CASC (appelés ici gestionnaires de cas) jouent un rôle important dans la promotion et le soutien de la philosophie à titre de coordonnateur des soins aux patients et de principale ressource pour les services aux patients et les demandes de renseignements. L’intervention du gestionnaire de cas à un stade précoce peut aider à éviter des admissions inutiles à partir des services des urgences.

Rôle des hôpitaux

Amener le personnel et les médecins à changer de comportement afin de promouvoir le domicile comme la première destination visée après le congé

Déterminer dès que possible la date de mise en congé des patients (et la communiquer aux CASC)

Favoriser la planification active des congés et l'organisation conjointe de « rondes intégrées de mise en congé »

Assurer la supervision continue de Chez soi avant tout et prendre des mesures correctives au besoin

Fournir les meilleurs soins possibles aux patients durant leur séjour à l'hôpital pour réduire la dégradation fonctionnelle

Offrir des programmes communautaires appropriés au besoin, dans la mesure du possible

Les hôpitaux sont l'environnement où la philosophie Chez soi avant tout est mise en **application**, et c'est le principal endroit où un changement de culture s'impose. Pour cette raison, les hôpitaux doivent veiller à ce que tous les médecins (et le comité consultatif médical) et les autres professionnels de la santé (comme les infirmières et les professionnels paramédicaux) adhèrent pleinement à la philosophie et établissent de bons plans de communication et d'information. Les professionnels de la santé dans les hôpitaux ont pour responsabilité de fournir des services aux patients qui ont besoin de soins actifs, pour réduire la dégradation de leur état fonctionnel, et d'aider les patients à retourner chez eux, où ils recevront des services communautaires, une fois la phase de soins actifs terminée. Ils doivent pour cela offrir des soins complexes, des lits de réadaptation et d'autres ressources visant à améliorer l'état fonctionnel des patients et à les aider à retourner chez eux.

La pratique actuelle étant de favoriser les soins en établissement, Chez soi avant tout vise à amener les professionnels de la santé dans les hôpitaux à opérer un changement de culture et à reconnaître que le domicile est le meilleur endroit pour se rétablir et se réadapter. Pour que ce soit possible, les hôpitaux doivent collaborer avec les partenaires communautaires de manière à planifier activement la mise en congé des patients et à déterminer dès que possible la date du congé. Les hôpitaux doivent également collaborer avec les foyers de soins de longue durée et les fournisseurs communautaires afin d'élaborer des programmes d'intervention (en psychogériatrie, par exemple), au besoin.

Avec les RLISS et les CASC, les hôpitaux doivent surveiller continuellement le rendement de Chez soi avant tout, communiquer les résultats et déterminer les mesures correctives nécessaires, le cas échéant. C'est en collaborant de façon créative avec les autres partenaires afin d'examiner les processus que les hôpitaux assureront la bonne mise en œuvre de Chez soi avant tout, car les partenariats sont d'une importance primordiale durant le processus de planification pour aider les patients à retourner chez eux.

Rôle du secteur des services de soutien communautaire

Ce secteur fournit de nombreux services visant à **soutenir** les patients pour leur permettre de rester chez eux. Pour cette raison, il fait partie intégrante de l'équipe nécessaire pour assurer la bonne mise en œuvre de Chez soi avant tout. Il existe des possibilités d'utiliser davantage les services de soutien communautaire pour accroître les capacités des collectivités, et les RLISS doivent s'assurer que ce secteur est en mesure de fournir des soins à domicile aux personnes âgées ayant des besoins importants. La préparation des organismes de services de soutien

communautaire et le renforcement de leur capacité de s'occuper des personnes âgées ayant des besoins importants au moyen de services à domicile ou dans la collectivité sont aussi des facteurs d'une importance vitale pour le succès de Chez soi avant tout. Les organismes de ce secteur doivent collaborer avec les RLISS de manière à modifier leurs pratiques et à soutenir l'utilisation d'outils d'évaluation factuelle devant permettre de diriger et de servir de façon appropriée les personnes âgées ayant des besoins importants (catégories MAPLe 4 et 5). Les RLISS et les organismes du secteur doivent également collaborer pour pouvoir offrir, dans la mesure du possible, des services en dehors des heures normales d'ouverture (c.-à-d. les soirs de semaine et la fin de semaine), de sorte que les patients aient accès aux services quand ils ont en besoin.

La valeur des services de soutien communautaire est de plus en plus reconnue parmi les RLISS et les fournisseurs de services de santé, et il est important de continuer à perfectionner ces services pour exploiter leur plein potentiel. En collaborant activement avec les organismes du secteur des services de soutien communautaire, les fournisseurs de services de santé pourront bien se tenir au courant des services offerts par ces organismes sur leur territoire et il leur sera ainsi plus facile de les utiliser. Vu que ce secteur englobe de nombreux organismes fournissant tout un éventail de services, il n'est pas facile de mettre tout le secteur à contribution (bien qu'il existe un point d'accès centralisé dans certains RLISS). L'utilisation d'un modèle de représentation dans lequel une personne ou une organisation est chargée de représenter tous les organismes de services de soutien communautaire d'un RLISS peut aider à stimuler l'adhésion et à garder tous les organismes du secteur bien renseignés sur Chez soi avant tout. Les représentants doivent participer à la planification de Chez soi avant tout dès le début en plus d'aider à planifier les mises en congé et de servir d'intermédiaire pour l'aiguillage des patients vers des organismes du secteur. Comme les capacités du secteur des services de soutien communautaire varient d'un RLISS à l'autre, elles ont une influence sur l'ampleur de sa participation à Chez soi avant tout.

Rôle du secteur des soins primaires

Les médecins dispensant des soins primaires sont souvent le point d'accès des patients qui les consultent pour un problème de santé non diagnostiqué et ils fournissent aussi des soins continus pour divers états pathologiques. Ils peuvent avoir une grande influence sur les choix et les expériences des patients puisque ceux-ci tendent à beaucoup se fier aux conseils et aux recommandations de leur médecin. Voilà pourquoi il est absolument impératif que les médecins adhèrent à Chez soi avant tout. Durant le séjour d'un patient à l'hôpital, et en particulier durant la planification de la mise en congé, le médecin doit consulter le patient, les membres de sa famille et les membres de l'équipe interdisciplinaire afin d'élaborer le meilleur plan de soins possible pour faciliter le retour à la maison après le congé et éviter d'envisager prématurément l'admission dans un foyer de soins de longue durée. Le médecin peut aussi beaucoup contribuer à apaiser les inquiétudes des patients qui craignent de recevoir des soins à domicile et il doit les rassurer en leur faisant voir les avantages du retour chez eux.

Les médecins de la collectivité doivent aussi surveiller activement leurs patients tandis qu'ils se rétablissent et reçoivent des soins à domicile pour s'assurer qu'ils se rétablissent rapidement et qu'ils n'auront pas à faire de visites inutiles à l'hôpital. Une bonne supervision des patients dans le cadre de Chez soi avant tout est possible si les hôpitaux et les gestionnaires de cas veillent à transmettre aux médecins de la collectivité dans un délai assez court (soit dans les 24 à 72 heures suivant la mise en congé) un résumé de l'hospitalisation donnant des

renseignements clairs sur l'état du patient et les soins dont il devrait avoir besoin (p. ex. les médicaments et les services) à domicile.

Rôle des foyers de soins de longue durée

Les foyers de soins de longue durée fournissent de nombreux services pouvant aider les personnes âgées à demeurer chez elle et ainsi éliminer la nécessité d'une admission dans un foyer ou en retarder le moment. Ces services comprennent des lits de soins de relève destinés à apporter du soutien aux soignants et des lits de soins de convalescence visant à réduire les pressions sur le secteur hospitalier et à préparer les patients à retourner chez eux. Avec l'introduction de Chez soi avant tout, le secteur des foyers de soins de longue durée doit collaborer étroitement avec les RLISS de sorte que les foyers puissent fournir les services nécessaires pour s'occuper des personnes âgées ayant des besoins importants et combler l'écart potentiel dans les services.

Beaucoup de personnes âgées et de membres de leur famille songent à un foyer de soins de longue durée lorsque les personnes ont de la difficulté à rester seules chez elles ou qu'elles sont admises à l'hôpital, et bien des foyers font partie d'un groupe d'organisations communautaires étroitement liées qui satisfont les besoins culturels et religieux propres à leur collectivité. Par conséquent, les personnes âgées et leur famille sont parfois portées à s'adresser à un foyer de soins de longue durée pour se renseigner sur l'aide à leur disposition. Le personnel des foyers peut se montrer utile en renseignant les personnes âgées et leur famille sur les services offerts par leur CASC ou les organismes de services de soutien communautaire pouvant aider les personnes âgées (et leurs soignants) afin qu'elles puissent rester chez elles.

Puisque de nombreuses personnes âgées vivent actuellement dans un foyer de soins de longue durée, il importe également que ces établissements soient bien au courant de la philosophie Chez soi avant tout et des effets possibles sur leur fonctionnement. Une fois que le personnel des foyers aura été mis à contribution et comprendra la philosophie, il pourra jouer un rôle de premier plan en collaborant avec les RLISS pour s'assurer que seules les personnes qui en ont réellement besoin demeurent dans les établissements. De plus, les foyers de soins de longue durée peuvent s'associer aux hôpitaux pour aider à réduire au minimum les transferts de résidents de foyers dans les services des urgences.

D. Structures et processus

Structures

Les RLISS doivent veiller à établir un comité efficace chargé de Chez soi avant tout qui réunira des personnes appartenant à diverses disciplines et à différentes organisations et qui servira de tribune pour mettre les connaissances et les expériences en commun dans l'intention de définir la meilleure approche possible pour la mise en œuvre de Chez soi avant tout. Le comité chargé de Chez soi avant tout, qu'il soit du niveau de la haute direction ou qu'il soit plus près de la mise en œuvre et du fonctionnement, doit être établi dès le début afin qu'il planifie, supervise et coordonne la mise en œuvre. Les membres du comité représentent une ressource précieuse pour le lancement de Chez soi avant tout puisqu'ils peuvent renseigner le comité et également transmettre l'information sur la philosophie à leurs équipes et leurs collègues. Le comité pourra aussi faciliter la mise en œuvre.

Processus

Chez soi avant tout influencera les rôles et processus à l'intérieur des hôpitaux et des CASC et dans les secteurs communautaires. Le rôle du gestionnaire de cas et le processus de mise en congé dans les hôpitaux sont les deux éléments qui subiront le plus souvent des transformations, qui sont par ailleurs nécessaires pour favoriser un changement de culture et accroître la visibilité de Chez soi avant tout. La modification des rôles et des processus nécessitera beaucoup de planification et de démarches. Il faudra définir clairement le processus de mise en congé de manière à bien indiquer les changements nécessaires et les effets sur le rôle du gestionnaire de cas. Les changements applicables aux processus et aux rôles dépendront en grande partie du processus de mise en congé déjà en place dans l'hôpital.

E. Adhésion des professionnels de la santé

Pour opérer un changement de culture efficace, il faut s'assurer l'adhésion des personnes qui seront le plus touchées par les changements, et ce, pour toute la durée de la mise en œuvre.

Les médecins

Il faut cibler séparément les médecins des hôpitaux et les médecins de la collectivité compte tenu de leur rôle de premier plan dans les soins aux patients et leur planification. La collaboration des médecins est absolument essentielle, car ce sont eux qui sont les principaux responsables des soins aux patients. Ils peuvent donc avoir une très grande influence sur l'adoption de la philosophie Chez soi avant tout. Pour bien des processus se déroulant dans les hôpitaux, c'est le médecin qui est à la tête de l'équipe interdisciplinaire et qui prend les décisions. Par conséquent, le médecin doit adhérer aux changements de processus et de culture pour que le reste de l'équipe interdisciplinaire les accepte et les adopte.

Les infirmières

Bien souvent, les infirmières sont les professionnels de la santé qui passent le plus de temps avec les patients. D'où la nécessité qu'elles soient bien au courant de la philosophie Chez soi avant tout et qu'elles y adhèrent. Les infirmières sont aussi un point de contact important pour le patient et sa famille. Elles peuvent répondre aux questions et rassurer le patient quant à sa capacité de vivre chez lui. En s'occupant des patients, les infirmières peuvent aussi déceler les obstacles et les difficultés et chercher avec leurs collègues des solutions possibles. Elles jouent fréquemment le rôle d'intermédiaire entre les médecins, les professionnels paramédicaux, les CASC et les fournisseurs de services de soutien communautaire. Elles servent à transmettre les connaissances, et il faut miser sur leur capacité de communiquer l'information et de fournir du soutien.

Les professionnels paramédicaux

Le terme « professionnels paramédicaux » a un sens très général et englobe tout un éventail de professionnels de la santé. Pour les besoins du présent guide, il désigne avant tout les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux, puisque ce sont les personnes qui sont le plus appelées à contribuer à l'approche Chez soi avant tout. L'adhésion des professionnels paramédicaux est primordiale puisque ce sont des membres importants de l'équipe de soins de santé et qu'ils participent souvent à l'évaluation des patients pour le retour chez eux après le congé et les soins à prodiguer à domicile. En outre, la philosophie Chez soi avant tout peut s'appliquer à d'autres types de soins, comme la réadaptation et les services de

santé mentale et de convalescence, pour lesquels les professionnels paramédicaux peuvent constituer des fournisseurs de soins primaires.

Les dirigeants des soins cliniques

Il est impératif que les dirigeants des soins cliniques soutiennent la philosophie pour qu'ils puissent amener les médecins et les professionnels paramédicaux de tout l'hôpital à faire de même. Les dirigeants des soins cliniques peuvent donner des conseils sur les meilleurs moyens d'atteindre la clientèle et également être à l'avant-garde des communications et de l'information destinées aux médecins et aux professionnels paramédicaux.

F. Communications et information

Les communications et l'information sont des composantes fondamentales du lancement de Chez soi avant tout qui contribueront à opérer et à maintenir le changement de culture nécessaire pour assurer le succès de la philosophie. C'est donc dire qu'il faut bien les planifier dès le début et élaborer un plan exhaustif avant d'entreprendre quoi que ce soit. Ce plan doit notamment prévoir la communication de messages cohérents dans les cas où les choses ne se passent pas comme prévu. Afin d'établir le plan de communication et d'information pour Chez soi avant tout, il faut tenir compte de ce qui suit :

- les clientèles cibles;
- les principaux messages s'adressant à ces clientèles;
- les moyens de communication à employer;
- le calendrier de mise en œuvre.

Pour les besoins du présent guide, les clientèles cibles des outils de communication et d'information sont les hôpitaux, le personnel des CASC et les médecins, le personnel du secteur des services de soutien communautaire et des foyers de soins de longue durée, les patients et leur famille et le grand public.

Les hôpitaux, le personnel des CASC et les médecins

Les hôpitaux, le personnel des CASC et les médecins constituent une catégorie qui peut englober différentes personnes, comme les chefs d'unité, les médecins, les infirmières, les professionnels paramédicaux, les gestionnaires du roulement des patients, les planificateurs des congés, les employés des CASC et les autres membres du personnel chargés de mettre en œuvre Chez soi avant tout ou de communiquer avec les patients et leur famille. Un plan de communication et d'information exhaustif aidera le personnel et les médecins à bien comprendre Chez soi avant tout et ses objectifs, de même que les effets sur leurs propres rôle et responsabilités. Pour qu'ils puissent adhérer à Chez soi avant tout et soutenir cette approche de façon continue, les médecins et le personnel des soins de santé doivent avoir la conviction que ce virage est dans l'intérêt des patients. Par conséquent, les démarches de communication et d'information doivent aussi mettre l'accent sur les réussites de Chez soi avant tout et viser à donner confiance aux médecins et au personnel des soins de santé.

Le personnel du secteur des services de soutien communautaire et des foyers de soins de longue durée

Comme on l'a déjà mentionné, le secteur des services de soutien communautaire et les foyers de soins de longue durée doivent participer à la planification de Chez soi avant tout, car ils

jouent un rôle important dans le système de santé. Puisque cette catégorie englobe vraisemblablement de nombreux établissements, il est important que les communications soient générales et régulières pour bien atteindre tous les membres du personnel et assurer leur adhésion continue.

Les patients et leur famille ou leurs proches

Grâce aux communications et à l'information, les patients et leur famille ou leurs proches pourront comprendre les motifs et les avantages de Chez soi avant tout, au lieu d'avoir l'impression d'être mis à la porte des hôpitaux. Ils acquerront de cette manière les connaissances nécessaires pour prendre en main la gestion de leurs soins postactifs et participer de façon plus active à leur rétablissement.

Le grand public

En étant renseignés sur la philosophie Chez soi avant tout, les membres du grand public comprendront mieux le système de santé et l'approche utilisée par les fournisseurs de soins de santé dans ce système. Il ne faut pas donner au public l'impression qu'on met les patients à la porte des hôpitaux pour réduire les pressions, mais plutôt faire ressortir que Chez soi avant tout est une philosophie axée sur la personne. La promotion de la philosophie et les communications à son sujet serviront à renseigner les membres du public et à les préparer au jour où ils auront peut-être besoin des services pour eux-mêmes ou pour un proche.

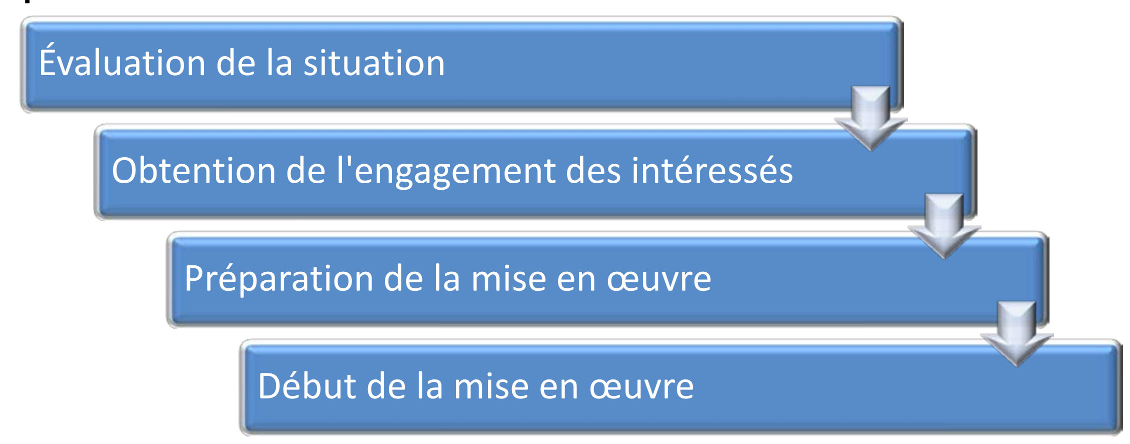
G. Évaluation

Il faut absolument surveiller et évaluer continuellement Chez soi avant tout de manière à mesurer les progrès par rapport aux objectifs de la philosophie ainsi que les effets positifs sur le système de santé. Les RLISS et leurs partenaires doivent établir un plan d'évaluation permettant d'assurer de façon régulière la supervision du déroulement et la communication des résultats à l'aide de critères de mesure du rendement basés sur les processus et sur les résultats. Si Chez soi avant tout comporte de nombreux avantages pour les fournisseurs de soins de santé, les principaux résultats visés sont la réduction des patients ANS, une diminution des visites aux services des urgences et des hospitalisations inutiles et une baisse de la demande pour des places dans les foyers de soins de longue durée. Dans le cadre du plan d'évaluation, les RLISS et leurs partenaires devront établir une méthode permettant de surveiller les processus afin de contrôler le changement de culture à mesure qu'il se produit (s'assurer que tous les patients subissent une évaluation visant à déterminer s'ils seraient capables de retourner chez eux). Plus de détails sur les critères de mesure du rendement sont fournis dans la section V.

Section III : Mise en œuvre de Chez soi avant tout

La présente section vise à renseigner les RLISS sur la façon de procéder pour mettre en œuvre Chez soi avant tout en se basant sur les éléments fondamentaux indiqués dans la section II. On s'est inspiré du guide de gestion des projets de la fonction publique de l'Ontario pour définir les étapes de la mise en œuvre de Chez soi avant tout, qui sont décrites ci-dessous. La présente section indique aussi une série d'approches et d'outils servant à appliquer les éléments fondamentaux de la philosophie figurant dans la section II. Les RLISS peuvent adopter les outils associés à chacun des éléments en fonction de leurs besoins et de leur situation.

Étapes de la mise en œuvre



La liste de contrôle figurant à la fin de la section résume les principales choses à faire à chaque étape de la mise en œuvre.

A. Évaluation de la situation

Cette étape vise à amener les RLISS à prendre conscience des avantages de la philosophie (indiqués dans la section I), de l'ampleur des pressions actuelles sur le système (le grand nombre de patients désignés ANS et la durée des séjours) et de la nécessité d'apporter des changements (pour transformer la façon de fournir des soins) et à déterminer ce qui doit être fait pour mettre en œuvre Chez soi avant tout. Il faut pour cela évaluer le rendement jusque-là (à l'aide des critères provinciaux de mesure du rendement définis à la section V) de manière à déterminer sur quoi les efforts devront surtout porter. Durant cette étape, les RLISS devront aussi procéder à une évaluation des capacités (si ce n'est pas déjà fait) afin de déterminer la capacité des CASC et des autres organismes du secteur des services de soutien communautaire d'offrir du soutien à domicile aux personnes âgées ayant des besoins importants.

Enfin, il faut obtenir l'adhésion (et la collaboration) des dirigeants, puis ensuite déterminer et établir les structures de soutien.

Adhésion et collaboration des dirigeants

Puisque les dirigeants des RLISS sont les gestionnaires du système, leur adhésion à Chez soi avant tout et leur collaboration sont essentielles pour favoriser la participation active et la collaboration de toutes les autres parties. Comme l'indique la section II, il est impératif que les hôpitaux et les CASC contribuent efficacement à la mise en œuvre de Chez soi avant tout. La visibilité du partenariat entre les dirigeants des hôpitaux et des CASC est vitale, surtout aux premiers stades de Chez soi avant tout, parce qu'elle témoigne d'un degré élevé de collaboration entre les deux parties. Une collaboration bien visible entre les dirigeants des deux types d'établissements aura une influence positive sur la collaboration entre les membres de leur personnel pour les changements dans les processus auxquels ils doivent tous participer. Voici quelques moyens qui peuvent être utilisés pour favoriser l'adhésion et la collaboration des dirigeants.

Participation à des comités sur Chez soi avant tout

Les dirigeants doivent participer à des comités directeurs sur Chez soi avant tout chargés de superviser les progrès de la mise en œuvre. Afin de favoriser la collaboration, on peut désigner pour les comités des coprésidents représentant des organisations différentes (p. ex. un coprésident d'un hôpital et un autre d'un CASC). S'il n'existe que des comités de mise en œuvre (au niveau opérationnel ou pour le personnel), le leadership des dirigeants peut jouer un rôle de premier plan dans la surveillance des progrès de Chez soi avant tout au moyen des structures existantes de reddition de comptes. Les dirigeants peuvent alors servir de champions de Chez soi avant tout auprès des membres du personnel chargés de diriger et de faciliter la mise en œuvre.

Expression spontanée de l'adhésion

Durant les activités, les communications ou les simples conversations ayant trait à Chez soi avant tout, les dirigeants doivent faire part directement aux employés de leur adhésion à la philosophie de manière à les amener à y adhérer eux aussi. Pour soutenir les membres du personnel, les dirigeants doivent leur donner des occasions de communiquer leurs préoccupations et de discuter des améliorations possibles, en plus de veiller à leur procurer les ressources dont ils ont besoin pour assurer le succès de la mise en œuvre. Il est d'autant plus crucial de bien soutenir les employés lorsque surviennent des situations difficiles concernant les patients et leur famille et que des parties refusent de coopérer comme il se doit pour l'application de la philosophie Chez soi avant tout et de l'approche adoptée par l'hôpital (si un patient ou sa famille s'oppose au retour au domicile, par exemple). Dans des situations semblables, les dirigeants de l'hôpital doivent prendre des décisions fermes et cohérentes qui appuient la position de l'organisation à l'égard de Chez soi avant tout. Par ailleurs, les dirigeants doivent signer les communications du personnel. À défaut d'avoir ce type de soutien de la part de leurs dirigeants, les employés peuvent hésiter à bien appliquer la philosophie dans les situations conflictuelles, ce qui rendra les changements dans la culture organisationnelle plus difficiles.

Structures de soutien

Différents types de comités peuvent être envisagés pour la mise en œuvre de Chez soi avant tout, et il faut tenir compte des divers facteurs que voici pour l'établissement de ces structures :

- les comités directeurs existants à l'échelle du RLISS pouvant être utiles (p. ex. un comité responsable des services des urgences ou des patients ANS), avec des membres représentant le RLISS, le CASC, les hôpitaux et les organismes de services de soutien communautaire;
- le calendrier de mise en œuvre (des délais courts et fermes ou longs et souples pour la mise en œuvre);
- le nombre d'hôpitaux du RLISS.

Les représentants des hôpitaux, des CASC et des organismes de services de soutien communautaire constitueront probablement la majeure partie des membres des comités des RLISS ou des hôpitaux responsables de Chez soi avant tout, puisque la mise en œuvre relèvera surtout de ces parties. À l'intérieur de ces structures, il peut exister des sous-groupes de travail chargés de certains volets de l'approche, notamment l'évaluation ou la planification des communications et de l'information. Une fois les facteurs précisés ci-dessus bien pris en considération, il faut adopter l'un des types de comités qui suivent. Comme on l'a déjà mentionné, un mandat peut être établi pour les comités responsables de Chez soi avant tout.

B. Obtention de l’adhésion des intéressés

À cette étape, il est important pour le comité directeur responsable de Chez soi avant tout de définir clairement les buts et objectifs et les résultats attendus de Chez soi avant tout. Les objectifs de rendement provinciaux de Chez soi avant tout sont de réduire la durée de séjour dans les hôpitaux des patients ANS, le nombre de visites aux services des urgences et d’hospitalisations ainsi que la demande pour des places dans les foyers de soins de longue durée, mais s’il existe d’autres objectifs ou résultats attendus à l’échelle locale, c’est le moment d’en donner une définition claire. On se basera sur la définition des buts, objectifs et résultats attendus pour estimer les coûts associés à Chez soi avant tout.

C’est aussi à cette étape qu’il faut déterminer tous les intéressés devant participer à Chez soi avant tout (en plus des membres du comité directeur), leurs responsabilités et rôles respectifs (définis dans la section II) et la forme que prendra leur participation. Il faut d’abord que les rôles et responsabilités des parties définis à la section II (les RLISS, les CASC, les hôpitaux, etc.) aient été bien compris et soient respectés. Il convient également de conclure toute entente officielle nécessaire (p. ex. une entente de responsabilisation ou un protocole d’entente).

C. Préparation de la mise en œuvre

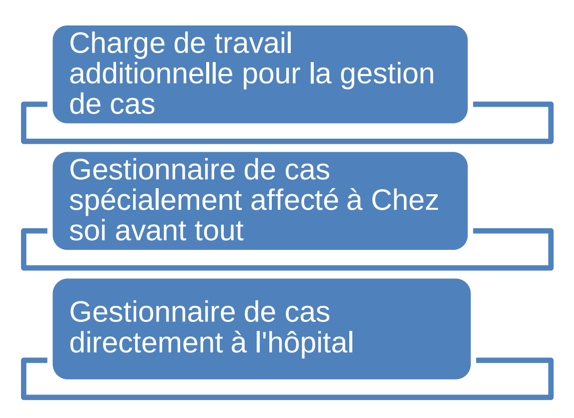
À cette étape, les effets de la philosophie commenceront à être perceptibles, à la suite de la modification des processus de soutien (p. ex. la planification de la mise en congé), de la planification du lancement de Chez soi avant tout et de l’élaboration d’un plan de communication et d’information.

Processus de soutien

Il pourrait falloir changer non seulement les mentalités, mais aussi les processus pour soutenir la transformation de la culture. Un examen du modèle de gestion de cas et du processus de mise en congé peut donc s’avérer nécessaire au moment de mettre en œuvre Chez soi avant tout. Les changements pouvant être nécessaires sont vus en détail ci-dessous.

Adaptation de la gestion de cas

Les patients ANS qui retournent chez eux après leur congé sont souvent des personnes âgées ayant des besoins importants qui exigent un soutien plus intensif pour assurer leur santé et leur sécurité à domicile. Des évaluations approfondies, des suivis fréquents à la maison et des services accrus sont alors nécessaires. Afin d’adapter leur modèle de gestion de cas en conséquence, les gestionnaires de cas doivent avoir la capacité d’offrir des services de cette ampleur.



Compte tenu de la charge de travail additionnelle pour la gestion de cas, il pourrait être avantageux tant pour les CASC que pour les patients d’avoir un gestionnaire de

cas spécialement affecté à Chez soi avant tout. Celui-ci verrait à ce que les patients soient prêts à retourner chez eux et capables de le faire et il saurait exactement quels services leur seraient offerts et les processus applicables. Ces gestionnaires de cas devraient travailler directement dans les hôpitaux, là où ils pourraient intervenir avant même le début du processus de planification de la mise en congé (c.-à-d. dans les services des urgences) et participer aux activités relatives à la planification des congés. Ces activités comprennent des réunions éclair, c'est-à-dire des rencontres quotidiennes entre les membres de l'équipe interdisciplinaire (y compris les médecins, les infirmières, le personnel des CASC et les professionnels paramédicaux) qui visent à passer en revue tous les patients pour déterminer lesquels seraient prêts à recevoir leur congé dans les 2 à 5 jours de manière à réduire au minimum la durée du séjour. Les gestionnaires de cas peuvent aussi participer à l'évaluation préliminaire des patients avec l'équipe interdisciplinaire afin d'étudier toutes les options possibles pour renvoyer le patient chez lui en toute sécurité. En ayant une position stratégique, les gestionnaires de cas pourront être bien renseignés et agir de façon rapide et efficace afin de recommander des congés et d'obtenir les services nécessaires pour permettre aux patients de retourner chez eux.

En tant que navigateurs du système, les gestionnaires de cas doivent collaborer avec les organismes de services de soutien communautaire afin de déterminer les services nécessaires et de communiquer avec les organismes concernés à un stade précoce de manière à prendre des arrangements pour la prestation des services. Pour veiller à ce que les patients reçoivent tous les services dont ils ont besoin, un gestionnaire de cas doit avoir une très bonne connaissance de tous les services et processus du secteur des services de soutien communautaire ou être capable d'assurer la coordination avec les organismes de ce secteur au besoin (selon un modèle de représentation).

Puisque le rôle de gestionnaire de cas est appelé à beaucoup changer de différentes façons, il faut voir à ce que les membres de l'équipe interdisciplinaire ainsi que les gestionnaires de cas eux-mêmes connaissent bien leur rôle. Des mécanismes appropriés doivent être en place pour assurer une transition sans accroc aux nouveaux rôles et processus. Il importe pour ce faire de tenir régulièrement des réunions d'équipe avec toutes les personnes touchées par les changements afin de discuter à la fois des réussites et des difficultés.

Processus de planification intégrée des mises en congé

Que le gestionnaire de cas travaille dans un CASC ou un hôpital, un volet important de son rôle est sa participation au processus de mise en congé dès le début. Dès qu'on se doute qu'un patient pourrait recevoir la désignation ANS, le gestionnaire de cas doit procéder à une évaluation pour un retour au domicile. En intervenant à un stade précoce, le gestionnaire de cas détermine quels problèmes potentiels le retour à la maison pourrait poser (surtout pour les personnes âgées ayant des besoins importants) et les règle dès le début, de manière à éviter les complications au moment où le patient sera prêt à quitter l'hôpital. Signalons que, dans le cadre de Chez soi avant tout, la capacité de chaque patient de retourner à la maison doit être évaluée à un stade quelconque du séjour. Le gestionnaire de cas doit collaborer étroitement avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, y compris avec le personnel de l'hôpital et des organismes de services de soutien communautaire, afin de déterminer les options pour la mise en congé et d'établir le plan de services pour chaque patient (d'après les types de services offerts dans la collectivité) pour ensuite prendre les arrangements nécessaires (avec l'aide du personnel de l'hôpital et des organismes de services de soutien communautaire) afin d'obtenir les services communautaires dont le patient a besoin. La situation peut devenir délicate lorsque le patient ou sa famille n'est pas en accord avec le plan de services ou refuse

même le départ de l’hôpital. Il faut néanmoins leur faire comprendre que prolonger le séjour à l’hôpital n’est pas une solution viable.

Lorsqu’un patient retourne chez lui, il faut absolument aviser son médecin de famille sans tarder (soit dans les 24 à 72 heures suivant le congé) pour qu’il soit au courant de l’état du patient et de l’endroit où il se trouve. C’est donc dire qu’il faut lui faire parvenir le résumé de l’hospitalisation rempli par les médecins de l’hôpital de sorte que le médecin de la collectivité dispose de tous les renseignements utiles, notamment sur les médicaments que prend le patient et les services communautaires qui lui seront fournis à domicile.

- Évaluation de la capacité de retourner au domicile effectuée pour chaque patient
- Évaluation réalisée par le gestionnaire de cas à un stade précoce
- Participation du patient et de la famille à la planification de la mise en congé
- Engagement actif des médecins de la collectivité dispensant les soins primaires

Afin d’instaurer un modèle de collaboration efficace, l’équipe interdisciplinaire de l’hôpital pourrait avoir à procéder à une restructuration de manière à faire participer le gestionnaire de cas à la planification précoce du congé. Il faut établir un document énonçant le processus de mise en congé existant, les changements prévus et le rôle de chaque intervenant et le distribuer à tous les membres de l’équipe interdisciplinaire. Ce document permettra de bien renseigner tous les membres du personnel sur leur rôle, de réduire les doubles emplois et d’aider les employés à comprendre les changements nécessaires.

Dans le cadre de Chez soi avant tout, les foyers de soins de longue durée ne doivent pas participer aux discussions initiales sur les congés et ils ne doivent être envisagés qu’une fois que toutes les autres options ont été épuisées. Si on aborde le sujet des foyers à un stade prématuré (c.-à-d. avant l’évaluation du CASC), on risque de créer de faux espoirs chez le patient ou les membres de sa famille concernant sa destination après le congé, ce qui peut entraîner des conflits au moment où le patient sera prêt à partir. En outre, rappelons que la présentation d’une demande à un foyer de soins de longue durée est un processus social et qu’il vaut mieux que le patient prenne la décision chez lui plutôt qu’à l’hôpital.

Les membres de la famille ou les proches du patient font partie de l’équipe de soignants et ils doivent participer à la planification du congé en contribuant à l’élaboration du plan de soins postactifs du patient. Ils accepteront alors plus facilement le plan de soins et ils pourront donner des conseils sur les soins à donner au patient et même offrir d’apporter du soutien, en plus des services communautaires qui seront fournis.

Communications et information

Les démarches continues de communication et de transmission de l’information commencent dès le stade de la planification et doivent se poursuivre durant la mise en œuvre non seulement pour amener tout le monde à poursuivre les mêmes objectifs et les mêmes résultats attendus, mais aussi pour empêcher le personnel de revenir à ses anciennes habitudes. Pour planifier ces démarches, l’une des premières étapes consiste à définir les destinataires ainsi que les mécanismes et les messages à employer pour les atteindre. Par la suite, les comités responsables de Chez soi avant tout peuvent élaborer les plans et les modèles ou formulaires à

utiliser. Des messages cohérents au sujet de Chez soi avant tout permettront de faire bien comprendre la philosophie à tout le personnel et d'éviter la confusion que peut engendrer la communication d'un même message par différentes parties. On peut aussi éviter les doubles emplois en chargeant une seule entité de planifier les communications.

Il faut commencer par présenter Chez soi avant tout à des comités et des équipes comprenant des membres de la direction avant de s'adresser aux autres comités, car la direction peut encourager l'adhésion du personnel. Puisqu'il n'est pas possible d'atteindre tous les membres du personnel avec des activités portant directement sur Chez soi avant tout, on doit utiliser les réunions déjà prévues des comités existants afin d'éviter le plus possible de convoquer le personnel à d'autres réunions pour leur communiquer l'information. Durant les réunions, la philosophie doit être présentée de façon claire, concise et cohérente à l'aide de feuilles de renseignements et de brochures que les personnes présentes pourront emporter de manière à toujours avoir l'information en main. Les vidéos sont un autre moyen qu'il est possible d'utiliser.

Si les destinataires pour les communications et la transmission de l'information sont nombreux, on peut néanmoins les regrouper dans les trois grands groupes suivants : le personnel des hôpitaux et des CASC, le personnel des organismes de services de soutien communautaire et des foyers de soins de longue durée ainsi que les patients et leur famille. Vous verrez les méthodes et outils de communication à employer pour chaque groupe dans la partie qui suit. À signaler que, vu le nombre de destinataires et l'importance des communications et de l'information à transmettre, les RLISS peuvent former, au besoin, des sous-comités s'occupant exclusivement de cet aspect.

Le personnel des hôpitaux et des CASC

Les outils de communication et d'information indiqués ici peuvent être employés pour tout le personnel dans les hôpitaux et les CASC.

Séances d'information ou présentations

De nombreuses séances internes d'information et présentations (qu'elles soient générales ou ciblées) peuvent être organisées pour bien faire comprendre la philosophie Chez soi avant tout aux membres du personnel et leur donner l'occasion de poser des questions, d'exprimer leurs préoccupations et de discuter de points en particulier. Il faut en tenir avant et après le lancement de Chez soi avant tout. En transmettant l'information au personnel à un stade précoce pour bien faire comprendre la philosophie, on lui donne la possibilité de participer, de faire des commentaires et de se préparer au changement de culture nécessaire au moment du lancement.

Témoignages de membres du personnel et de patients

Les anecdotes et témoignages des membres du personnel et des patients sont d'excellents moyens d'illustrer le succès et les effets positifs de Chez soi avant tout. Pour pouvoir présenter des témoignages, on doit demander à toutes les parties de se tenir à l'affût des expériences positives et des anecdotes dans le cadre de Chez soi avant tout, que ce soit selon la perspective des membres du personnel ou des patients, et de les prendre en note. Dans la mesure du possible, il faut intégrer les anecdotes et témoignages dans les outils de communication (p. ex. les bulletins d'information, les feuilles de renseignements, les brochures et les vidéos) pour donner de la crédibilité à la philosophie. En plus d'accroître l'adhésion des

collègues, les témoignages de membres du personnel permettent aux autres employés de réfléchir à leurs propres expériences et de constater comment Chez soi avant tout a permis d'améliorer le sort des patients et le fonctionnement de l'hôpital, ce qui fait ressortir encore plus le bien-fondé de la philosophie.

Scénarios

Les scénarios peuvent servir de document de référence pour les membres du personnel (médecins, infirmières ou travailleurs sociaux) ayant à communiquer directement avec les patients et les membres de leur famille. Le but est d'amener les membres du personnel à employer la bonne terminologie et des messages cohérents pour la planification du congé. Les scénarios servent aussi à indiquer clairement aux membres du personnel leur rôle dans la planification des congés. En utilisant régulièrement des scénarios, ils s'habitueront plus facilement aux principaux messages à utiliser pour communiquer avec les patients.

Renforcement continu de la philosophie

Le lancement de Chez soi avant tout ne représente que la première partie des démarches de communication. Puisque la philosophie exige un changement de mentalités et de pratiques, les membres du personnel pourraient être portés à revenir à leurs anciennes habitudes après un certain temps. Voilà pourquoi il faut venir renforcer continuellement la philosophie en utilisant les moyens de communication déjà indiqués. Les types de communications nécessaires et la fréquence dépendent des résultats de la supervision et de l'évaluation de Chez soi avant tout. Plus précisément, on peut dire que les communications doivent être plus fréquentes tout de suite après le lancement, de manière à renforcer le changement de culture. Il est important de donner la possibilité aux employés de discuter de leur expérience à l'occasion de réunions périodiques afin de leur permettre de communiquer les leçons apprises et de régler les problèmes au fur et à mesure.

Les patients et leur famille

Voici quelques méthodes et outils pouvant aider à bien faire comprendre aux patients (ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs proches) les décisions concernant les soins qu'ils recevront dans le cadre de Chez soi avant tout.

Transmission d’information cohérente durant tout le séjour à l’hôpital

Transmission d'information cohérente durant tout le séjour à l'hôpital

Sensibilisation aux avantages du retour chez soi

Participation active de la famille à la planification du congé et des services

Étant donné que Chez soi avant tout peut être un concept relativement nouveau dans les hôpitaux et que les patients reçoivent souvent de l’information provenant de différentes sources, il faut leur communiquer régulièrement de l’information cohérente sur Chez soi avant tout durant tout le séjour à l’hôpital. Dès l’arrivée à l’hôpital, les patients et les membres de leur famille doivent savoir que le retour au domicile est la première et la meilleure option envisagée pour le congé, même si une demande d’admission dans un foyer de soins de longue durée est présentée par la suite. Tous les membres du personnel de l’hôpital qui ont des interactions avec le patient même s’ils ne participent pas aux traitements (les employés des services d’entretien ménager ou de restauration, par exemple) doivent tous refléter la même philosophie. La cohérence de l’information transmise vient réduire les risques de confusion pour les patients lorsqu’ils sont sur le point d’obtenir leur congé. L’équipe de fournisseurs de soins de santé peut désigner un responsable (notamment un membre de l’équipe interdisciplinaire) pour les communications régulières avec le patient afin d’assurer la cohérence de l’information. Toujours dans un but de cohérence, les fournisseurs de soins de santé peuvent avoir à revoir les documents d’information existants (notamment sur la planification des congés) afin d’apporter les modifications nécessaires en fonction de la terminologie propre à Chez soi avant tout.

Sensibilisation aux avantages du retour chez soi

La plupart des patients et des membres de leur famille sont portés à croire que l’hôpital est l’endroit le plus sécuritaire, même après la fin d’une phase de soins actifs. Ils peuvent trouver rassurant d’avoir un médecin à proximité en cas de besoin. Il est également possible qu’ils ne soient pas au courant de tous les services communautaires qui existent pour prêter assistance aux patients à domicile. Les principaux messages à transmettre aux patients et aux membres de leur famille, que ce soit verbalement ou dans des feuilles de renseignements ou des brochures (de l’hôpital ou du RLISS), pour les amener à adhérer à la philosophie sont indiqués ci-dessous.

- Il y a de nombreux services communautaires offerts aux patients pour les aider à demeurer chez eux.

- Les patients sont mieux chez eux pour prendre des décisions qui influenceront le reste de leur vie et pour avoir le maximum d’autonomie et de capacité fonctionnelle.

- Les séjours prolongés à l’hôpital accroissent les risques pour les patients de contracter des infections et de subir une détérioration de leurs capacités physiques. Pour éviter que cela ne se produise, il vaut mieux renvoyer les patients chez eux dès que la phase de soins actifs est terminée.

- Les patients peuvent être traités de façon sécuritaire dans leur collectivité puisqu'il est possible de contrôler leur état de santé de la même façon qu'à l'hôpital.

- Un patient est exposé à des risques, qu'il soit à l'hôpital ou chez lui. L'équipe interdisciplinaire procède à une évaluation du niveau de risque acceptable pour la famille de manière à offrir les services qui conviennent pour bien soutenir le patient à domicile.

Participation active de la famille à la planification du congé et des services

Les membres de la famille et les proches jouent un rôle de premier plan dans la planification des services. L'équipe interdisciplinaire doit consulter la famille des patients lorsqu'elle étudie les options pour le congé. La mise à contribution de la famille à un stade précoce permet de savoir dès le début à quel point la famille pourra fournir du soutien et de bien évaluer toutes les options s'offrant au patient. Les membres de la famille doivent être conscients de l'importance de leur rôle et de la façon dont ils peuvent apporter de l'aide au patient. Le plus souvent, le gestionnaire de cas et l'équipe interdisciplinaire peuvent avoir un entretien avec la famille en personne ou par téléconférence pour discuter des options et du rôle de la famille.

Planification du lancement

Pour se préparer à la mise en œuvre, le comité directeur doit planifier (avec l'aide de tout comité opérationnel) la façon de procéder pour le lancement de Chez soi avant tout et la mise en œuvre. De nombreux facteurs doivent être pris en considération avant de décider comment procéder au lancement, notamment :

- le nombre et la taille des hôpitaux du RLISS;
- le calendrier existant ou les nouveaux délais de la direction pour lancer et mettre en œuvre Chez soi avant tout (y a-t-il des délais imposés à respecter?);
- les fonds et les ressources humaines pouvant servir au lancement et à la mise en œuvre de Chez soi avant tout;
- les démarches en cours dans les hôpitaux dont il serait possible de tirer parti (p. ex. des démarches liées à la gestion allégée et à Six Sigma).

En se basant sur les facteurs énumérés ci-dessus, le RLISS sera en mesure de déterminer si le lancement doit s'effectuer à un seul endroit ou à quelques endroits ciblés ou encore si la mise en œuvre doit englober tous les fournisseurs de services de santé du RLISS à la fois. Voici une description de toutes ces options.

Lancement à un seul endroit

Si cette option est retenue, il faut choisir l'endroit qui convient le mieux. Pour faire la sélection, on doit tenir compte de la culture organisationnelle existante et de la capacité de l'organisation d'opérer une transformation importante dans un court délai. Il peut être plus facile et plus efficace de procéder au lancement à un endroit à la fois plutôt que dans tous les hôpitaux du RLISS en même temps. De cette façon, on peut prendre en note les leçons apprises et s'en servir pour le lancement ailleurs. De plus, les membres du personnel des hôpitaux et des CASC ayant participé à la mise en œuvre initiale peuvent faire bénéficier le personnel des autres

établissements de leur propre expérience de manière à leur faire accepter la nouvelle approche plus facilement, s'ils ont des hésitations.

Lancement dans quelques hôpitaux

Les facteurs à prendre en considération pour un lancement dans quelques hôpitaux à la fois sont les mêmes que lorsque le lancement se fait à un seul endroit (la culture organisationnelle existante des établissements ciblés). Les avantages sont aussi similaires, soit que c'est plus facile à gérer et que les leçons tirées à chaque endroit peuvent être notées et utilisées pour la mise en œuvre dans les établissements restants. Les principaux avantages propres à cette option sont qu'on peut analyser les résultats pour déterminer les points communs et que les leçons apprises ont plus de poids étant donné que l'échantillon est plus important que lorsque le lancement s'effectue à un seul endroit.

Mise en œuvre dans l'ensemble du RLISS

Le choix de cette option est justifié lorsque le RLISS compte un petit nombre d'hôpitaux ou que le temps presse et qu'il n'est donc pas possible d'adopter une approche échelonnée sur une longue période. Pour que ce type de mise en œuvre soit un succès, les relations de travail entre les parties doivent être très solides (encore plus que c'est nécessaire dans d'autres situations). Il peut être plus difficile de communiquer les leçons apprises dans le RLISS si tous les hôpitaux procèdent à la mise en œuvre en même temps, sauf que le RLISS peut tirer profit des pratiques exemplaires et des leçons apprises des autres RLISS qui en sont à un stade plus avancé de la mise en œuvre.

Pour choisir l'option de lancement, il est important de tenir compte du fait que de nombreux hôpitaux de l'Ontario sont en train de participer à des projets d'amélioration des processus (p. ex. amélioration du rendement des services des urgences et démarches liées à la gestion allégée et à Six Sigma) afin d'améliorer l'efficacité et le roulement des patients. Par conséquent, peu importe l'option choisie, il peut être plus efficace de jumeler le lancement à des démarches d'amélioration continue des processus pour accroître le rendement du temps et des ressources investis dans Chez soi avant tout. En procédant ainsi, on a plus de chances que les employés ne sentent pas qu'ils ont une charge de travail supplémentaire mais plutôt qu'ils doivent simplement changer leurs façons de faire.

Une fois la méthode de lancement choisie, les comités doivent établir le calendrier de mise en œuvre (soit la date de mise en œuvre dans chaque établissement) et les jalons en cours de route. Un plan d'évaluation contenant les critères provinciaux de mesure du rendement (section V) et tout autre critère doit être élaboré. Les comités doivent prendre l'initiative de définir les difficultés ou risques potentiels et chercher des stratégies destinées à les atténuer. Plus de détails sont donnés dans la section IV à propos des difficultés et des risques courants associés à la mise en œuvre de Chez soi avant tout et sur les stratégies visant à les atténuer.

D. Début de la mise en œuvre

Après avoir bien vérifié si toutes les étapes précédentes ont été réalisées au complet et s'il existe des capacités suffisantes dans la collectivité (CASC et organismes de services de soutien communautaire) pour s'occuper des personnes âgées ayant des besoins importants à

domicile, les RLISS et les fournisseurs de services de santé peuvent entreprendre la *mise en œuvre*, c'est-à-dire mettre à exécution les plans de communication et d'information et apporter les changements nécessaires aux structures et processus de soutien, comme on l'a déjà indiqué, pour pouvoir renvoyer les patients chez eux au moment du congé en leur fournissant des services communautaires.

Il importe en outre de surveiller continuellement l'application de la nouvelle approche et d'évaluer tous les aspects de Chez soi avant tout. Il faut pour cela que les résultats par rapport aux critères de mesure du rendement soient communiqués régulièrement et que des comptes rendus verbaux ou écrits soient faits périodiquement au comité directeur. Cela est particulièrement important aux premiers stades de la mise en œuvre, pour s'assurer que la philosophie est bien comprise et donne les résultats souhaités, mais il faut aussi procéder à des contrôles et des évaluations de façon régulière par la suite pour assurer le succès de la nouvelle approche. De plus, l'adhésion continue des professionnels de la santé ainsi que des communications régulières durant la mise en œuvre sont aussi des facteurs de succès de première importance. Des moyens à prendre pour favoriser cette adhésion continue de la part des professionnels de la santé sont proposés ci-dessous.

Adhésion des professionnels de la santé

Médecins

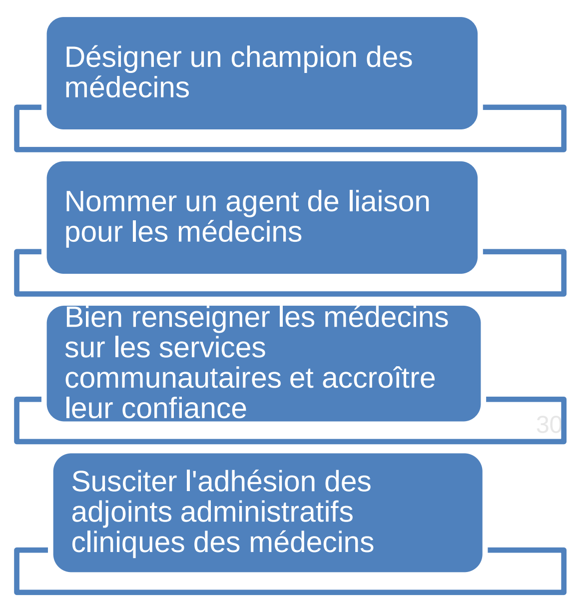
Il existe de nombreux outils courants pour amener les médecins à adhérer à la philosophie. En plus de ceux proposés ici, le Partenariat des RLISS a publié récemment un guide assorti d'une trousse à outils intitulé *Participation aux processus des RLISS – Guide de ressources pour la mobilisation des médecins de soins primaires*, qui contient aussi une foule de renseignements et de ressources pour favoriser l'adhésion des médecins. Pour consulter ce guide, rendez-vous à www.lhincollaborative.ca.

Désigner un champion des médecins

Il faut désigner un champion des médecins (le médecin-chef ou une autre personne) dans le même champ d'activité pour favoriser l'adhésion des médecins. La personne en question doit bien connaître la philosophie Chez soi avant tout et jouir d'une excellente réputation auprès de ses collègues. Elle doit avoir des aptitudes manifestes pour le leadership afin de bien motiver les autres. En outre, cette personne est chargée de vérifier l'adhésion des médecins et de communiquer l'information relative à leur application de la nouvelle approche et elle doit être en bonne position pour s'occuper des médecins qui refusent de se conformer à cette approche ou pour soumettre les cas à un palier supérieur.

Nommer un agent de liaison pour les médecins

Pour que les médecins réussissent à changer de mentalité de façon permanente, ils doivent avoir un soutien continu suffisant et avoir quelqu'un à qui s'adresser s'ils ont des problèmes ou des préoccupations. Pour ce faire, on peut désigner une personne à l'hôpital (le gestionnaire de cas, par exemple) qui servira d'agent de liaison pour les médecins qui ont besoin d'aide ou qui ont des



questions bien précises au sujet de Chez soi avant tout et des processus connexes. Cette personne devra bien connaître la philosophie de même que les services offerts par les CASC et les organismes de services de soutien communautaire et elle devra être très disponible sur place.

Bien renseigner les médecins sur les services communautaires et accroître leur confiance

Les médecins doivent être continuellement renseignés sur les services communautaires offerts et les capacités en matière de soutien à domicile pour les patients. Une feuille de renseignements sur les services communautaires est un outil qui permet de rendre l'information sur les services communautaires facilement accessibles aux médecins. Par ailleurs, l'agent de liaison déjà mentionné peut contribuer à mettre les médecins au courant des services communautaires qui existent et de la façon de les utiliser. Les médecins peuvent quant à eux apprendre à faire confiance aux services communautaires grâce à leurs expériences positives dans le cadre de Chez soi avant tout ou grâce aux témoignages positifs de collègues d'autres hôpitaux. Il faut donc souligner les exemples de réussite en surveillant les patients qui retournent chez eux dans le cadre de Chez soi avant tout et en tenant le médecin au courant de leur état. Il est recommandé d'encourager et de favoriser les échanges entre les médecins d'un même hôpital et d'hôpitaux différents en organisant des activités spéciales pour donner l'occasion aux médecins ayant eu des expériences positives d'en faire part à leurs collègues.

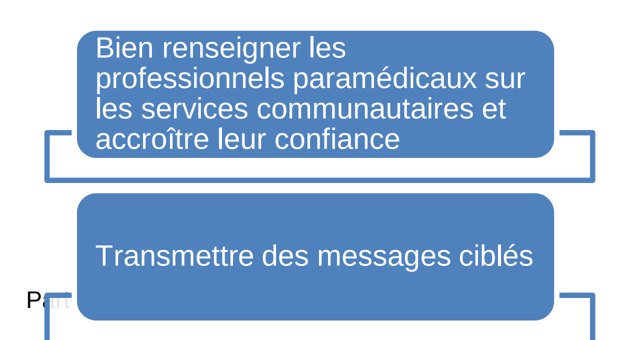
Susciter l'adhésion des adjoints administratifs cliniques des médecins

Puisque les adjoints administratifs cliniques des médecins ont déjà pour tâche de coordonner le calendrier des médecins et d'organiser les dossiers des patients, ils peuvent aussi s'occuper de transmettre les communications à propos de Chez soi avant tout aux médecins. Grâce à leur adhésion et à leur contribution, l'équipe de mise en œuvre de Chez soi avant tout peut obtenir de l'information sur la façon dont les pratiques des médecins contribuent à l'application de la philosophie ou lui nuisent. À partir du moment où ils comprennent bien la philosophie et ses effets sur le processus de mise en congé, les adjoints administratifs cliniques peuvent faire la promotion de Chez soi avant tout et rappeler continuellement aux médecins les changements qui sont nécessaires pour assurer l'efficacité de la nouvelle approche.

Les professionnels paramédicaux

Les professionnels paramédicaux forment un groupe clé de fournisseurs de soins de santé qui doivent soutenir constamment Chez soi avant tout. Leur adhésion est aussi un facteur primordial de succès. Voici des exemples de ce qu'on peut faire pour l'obtenir.

Bien renseigner les professionnels paramédicaux sur les services communautaires et accroître leur confiance



Les hôpitaux et les CASC doivent rechercher les possibilités de mieux renseigner les professionnels paramédicaux sur les services communautaires et d'accroître leur confiance pour pouvoir en tirer parti. Ils peuvent notamment créer des occasions pour les professionnels paramédicaux de discuter avec des collègues des

collectivités qui offrent des services à des patients retournés chez eux après leur congé de l'hôpital afin qu'ils puissent se faire une bonne idée de la continuité des soins, du degré de qualité des services et des capacités qui existent pour aider les patients à demeurer chez eux en toute sécurité. Les professionnels paramédicaux des collectivités peuvent aussi renseigner ceux des hôpitaux sur les services communautaires, leur niveau de qualité et les capacités. Grâce à ces échanges entre collègues, les professionnels paramédicaux des hôpitaux seront plus à l'aise de renvoyer des patients chez eux.

Les professionnels paramédicaux peuvent être exposés aux services communautaires en étant jumelés à des professionnels de la santé de la collectivité. Ce genre d'expérience d'apprentissage peut aider les professionnels paramédicaux à bien connaître les services communautaires et favoriser le dialogue entre ceux travaillant dans les hôpitaux et ceux des collectivités. On peut aussi songer à mettre en application un modèle différent, selon lequel les professionnels paramédicaux des hôpitaux fourniraient eux-mêmes les services communautaires à leurs patients dans la collectivité après le congé. Les professionnels paramédicaux devraient dans ce cas connaître aussi bien les services et processus en milieu hospitalier que dans les collectivités, et il n'existerait donc plus d'écart dans les connaissances ni le degré de confiance à l'égard des services communautaires.

Adhésion du médecin-chef et des chefs de service

Adhésion du comité consultatif médical

Transmettre des messages ciblés

Pour toutes sortes de raisons, les professionnels paramédicaux peuvent être mal renseignés sur le degré de risque que courent les patients en retournant chez eux (plutôt qu'en restant à l'hôpital ou en étant admis dans un autre établissement de soins), sur les buts et objectifs de Chez soi avant tout et sur les capacités en matière de services communautaires. Des communications et des messages ciblés peuvent aider à éliminer certaines idées fausses. Les messages au sujet de Chez soi avant tout doivent faire valoir qu'il faut éviter de se fonder sur quelques cas où la nouvelle approche n'a pas donné les résultats escomptés pour se former une opinion sur l'efficacité et les avantages de Chez soi avant tout alors que les choses fonctionnent bien dans la majorité des cas.

Les dirigeants des soins cliniques

Il est absolument nécessaire d'avoir continuellement l'appui des dirigeants des soins cliniques, puisqu'il aura une influence sur l'adhésion du reste des équipes et des services. Voici quelques moyens de l'obtenir.

Adhésion du médecin-chef et des chefs de service

Il faut mettre le médecin-chef et les chefs de service au courant de la philosophie dès le départ dans le cadre de discussions informelles, compte tenu du rôle important que les médecins et leurs dirigeants ont à jouer dans l'application de la philosophie. Il sera ainsi plus facile d'obtenir l'appui de l'ensemble des médecins. Pour maximiser l'efficacité, ce sont les hauts dirigeants de l'organisation (p. ex. le chef de la direction) qui doivent s'occuper d'obtenir l'appui des dirigeants des soins cliniques.

Adhésion du comité consultatif médical

Vu la lourde charge de travail, il peut être difficile de coordonner des réunions avec les médecins pour discuter de Chez soi avant tout. Pour cette raison, on peut utiliser des organes existants, comme le comité consultatif médical, pour communiquer avec les médecins, les renseigner sur Chez soi avant tout et demander leur avis sur les moyens d'obtenir l'appui des autres médecins de l'hôpital. Par ailleurs, le fait que le comité appuie la philosophie peut inciter d'autres médecins à faire de même, et les membres du comité peuvent aussi diffuser le message à l'intérieur de l'hôpital.

Section IV : Risques et difficultés de la mise en œuvre de Chez soi avant tout

Comme pour tout changement dans les façons de faire, la mise en œuvre de Chez soi avant tout comporte des difficultés et des risques courants qui sont vus en détail ci-dessous.

A. Résistance

Dès le début de la mise en œuvre, les RLISS et les fournisseurs de services de santé peuvent sentir de la résistance chez le personnel, qui peut être attribuable à leur réticence à changer leurs façons de faire ou à une mauvaise connaissance des avantages que représentent les changements. De plus, les médecins et les professionnels paramédicaux ne seront peut-être pas au courant des capacités du secteur communautaire, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les CASC et les organismes de services de soutien communautaire peuvent fournir aux patients des services à domicile de qualité en temps opportun. La connaissance insuffisante du secteur des services communautaires peut influencer la confiance des fournisseurs de services de santé dans les hôpitaux envers ceux des collectivités et les amener à hésiter à renvoyer des patients chez eux.

Dans certains cas, la résistance peut s'expliquer par un dilemme moral, les professionnels de la santé des hôpitaux ayant l'impression de manquer à leurs obligations professionnelles en renvoyant chez eux des patients qui ne sont pas complètement rétablis et en les exposant à des risques. La résistance peut aussi venir des patients et de leur famille, qui doutent de la qualité des soins à domicile et qui craignent que des situations d'urgence se produisent à la maison.

Stratégies pour atténuer la résistance

Pour réduire au minimum la résistance à Chez soi avant tout, il faut avoir un très bon plan de communication et d'information permettant de communiquer au personnel tous les détails de la philosophie, ses avantages et les effets sur le personnel. On doit notamment renseigner le personnel sur l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des services fournis par le CASC et les organismes de services de soutien communautaire. L'information peut être transmise aussi bien dans le cadre de réunions en bonne et due que de conversations informelles encourageant les membres du personnel à faire part de ce qu'ils savent sur Chez soi avant tout et de leurs expériences dans leurs discussions individuelles avec des collègues. En plus de donner des séances d'information, on peut prévoir au besoin des visites à domicile par les professionnels des soins cliniques des hôpitaux pour apaiser leurs inquiétudes quant à la sécurité des patients chez eux. Cette façon de faire peut être particulièrement utile pour aider les professionnels paramédicaux à constater les normes et les services du secteur communautaire. Si des personnes ont un degré de résistance élevé, on peut les faire participer à des comités spécialement formés pour assurer la mise en œuvre de Chez soi avant tout. Il leur sera ainsi plus facile de comprendre la raison d'être de Chez soi avant tout et les processus de décision à sa base, en plus de leur donner l'occasion de poser des questions et d'exprimer leurs préoccupations.

Comme pour n'importe quel changement, il sera important de communiquer continuellement les résultats positifs, que ce soit des données quantitatives (p. ex. les taux de patients ANS) ou des renseignements qualitatifs comme des témoignages de clients satisfaits. En cas de dilemmes moraux, on peut recourir à un éthicien, qui fera le nécessaire pour que les professionnels de la santé de l'hôpital soient tout à fait à l'aise de renvoyer des patients à la maison dans le respect des normes déontologiques.

Les programmes et outils d'information du public sont utiles pour réduire au minimum la résistance des patients et de leur famille. Les patients doivent bien connaître les avantages qu'il y a à être chez eux et savoir que le secteur des services communautaires a les capacités nécessaires pour leur apporter du soutien à domicile. Il est surtout important de leur faire comprendre que Chez soi avant tout n'a pas simplement pour but de les faire sortir de l'hôpital le plus vite possible et que des soins d'excellente qualité leurs seront fournis à domicile.

B. Renforcement du changement de culture

Comme on l'a mentionné, Chez soi avant tout exige une transformation importante des façons de faire dans les organisations de soins de santé. Le changement de culture initial peut exiger beaucoup d'efforts. De plus, une fois que le personnel a pris conscience du changement nécessaire, il faut s'efforcer d'ancrer ce changement pour éviter que les employés ne reprennent leurs anciennes habitudes.

Stratégie pour bien ancrer le changement de culture

Pour opérer un changement de culture au début de la mise en œuvre et bien ancrer la transformation, il faut que tous les partenaires de Chez soi avant tout renforcent continuellement la philosophie et les principes à sa base. Pour ce faire, ils peuvent communiquer continuellement des messages et de l'information à propos de Chez soi avant tout. Si les employés ont tendance à délaisser la philosophie et à reprendre leurs anciennes habitudes, il est important d'être au courant dès le début pour pouvoir intervenir. On doit pour cela surveiller et communiquer les données sur le rendement de la nouvelle approche pour s'assurer que tout le monde fait sa part. Le contrôle des présences aux séances d'information peut être un moyen de vérifier si les membres du personnel suivent les cours qui visent à les renseigner sur la philosophie. Si les communications et la transmission de l'information doivent être continues, il faut néanmoins offrir des séances d'information plus fréquentes au début de la mise en œuvre et songer à donner d'autres cours de recyclage si le personnel a tendance à reprendre ses anciennes habitudes. Dans cette éventualité, il peut également être recommandé d'évaluer les obstacles potentiels aux changements de rôle et à l'accroissement des responsabilités. Il faut alors revoir toutes les politiques et procédures existantes pour s'assurer que les membres du personnel ont les pouvoirs nécessaires pour renvoyer les patients chez eux et que les messages qu'ils reçoivent sont clairs et cohérents.

Section V : Critères de mesure du rendement pour Chez soi avant tout

L'élaboration d'un plan d'évaluation permettant de surveiller le rendement de Chez soi avant tout à l'aide de divers critères de mesure liés aux processus et aux résultats est essentielle au succès de Chez soi avant tout. Une série de critères provinciaux de mesure du rendement a été élaborée à l'intention des RLISS et doit être incluse dans le plan d'évaluation. Tous les RLISS et le Comité directeur des indicateurs du système de santé[1] ont participé à l'élaboration de ces critères. L'adoption de critères de mesure communs permettra de faire des comparaisons entre les RLISS et d'améliorer la communication des réussites. Même si les critères provinciaux sont fondés sur Chez soi avant tout, il se peut que d'autres facteurs aient une incidence sur le rendement (p. ex. la durée moyenne du séjour dans un foyer de soins de longue durée). Par conséquent, Chez soi avant tout ne doit pas être mis en œuvre de façon isolée, mais plutôt à titre d'élément d'une approche axée sur l'ensemble du système qui vise à instaurer des changements tangibles.

Même si tous les RLISS et leurs fournisseurs de services de santé doivent adopter les critères provinciaux de mesure du rendement pour Chez soi avant tout, ils peuvent également adopter des critères supplémentaires s'ils le jugent nécessaire. Les critères provinciaux sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

N°	Critères provinciaux de mesure du rendement pour Chez soi avant tout	Explication
Critères de mesure des résultats		
1	Pourcentage de journées d'hospitalisation des patients ANS	Ce critère sert à indiquer si les hôpitaux contribuent à réduire le nombre de patients ANS grâce à la planification active des congés pour les personnes âgées et à améliorer leur état fonctionnel pendant le séjour à l'hôpital. Les RLISS devraient observer une *diminution* du pourcentage de journées d'hospitalisation des patients ANS.
2	Nombre de jours d'attente des patients ANS pour l'obtention d'une place dans un foyer de soins de longue durée	Pour pouvoir évaluer le roulement des patients dans le système de santé, il est important de surveiller le nombre de jours que doivent attendre les patients ANS avant d'obtenir une place dans un foyer de soins de longue durée. Avec une mise en œuvre réussie, les RLISS devraient observer une *diminution* pour ce critère au fil du temps.

[1] Le Comité directeur des indicateurs du système de santé a été créé par le Partenariat des RLISS et bénéficie de son soutien. Le principal mandat de ce comité dirigé par les RLISS consiste à élaborer une approche coordonnée et axée sur le système en vue d'établir des indicateurs de rendement et d'assurer leur mise à jour et leur surveillance en permettant aux fournisseurs du système de santé d'unir leurs efforts afin de créer un système de santé durable qui offre des soins de grande qualité.

3	Variation en pourcentage de la liste d'attente des foyers de soins de longue durée (demande pour des places dans les foyers de soins de longue durée)	Pour faire en sorte que Chez soi avant tout contribue à faire baisser la demande pour des places dans les foyers de soins de longue durée et que les patients fassent l'objet d'une évaluation en vue d'un retour au domicile après le congé, il faut mesurer la variation en pourcentage de la liste d'attente des foyers de soins de longue durée.
4	Variation annuelle des clients classés dans la catégorie MAPLe 4 ou 5 qui vivent dans la collectivité et qui bénéficient du soutien : a) d'un CASC b) d'un organisme de services de soutien communautaire (si les résultats de l'évaluation selon la méthode d'évaluation RAI sont connus)	Ce critère permet aux RLISS de déterminer si les CASC et les organismes de services de soutien communautaire aident un plus grand nombre de personnes âgées ayant des besoins importants à leur domicile (p. ex. en fournissant des soins en dehors des heures normales de travail).
5	Proportion des nouvelles admissions dans des foyers de soins de longue durée à la suite d'un classement dans la catégorie MAPLe 4 ou 5	Ce critère permettra aux RLISS et aux fournisseurs de services de santé de surveiller les admissions dans des foyers de soins de longue durée et de faire en sorte que seules les personnes qui ont besoin de soins de longue durée soient admises. Il peut être vérifié une fois par année.
Critères de mesure des processus		
1	Nombre de demandes d'admission dans un foyer de soins de longue durée provenant des hôpitaux	Ce critère servira à vérifier l'adoption de la philosophie au fil de sa mise en œuvre en indiquant combien de patients les hôpitaux continuent de transférer dans des foyers de soins de longue durée.
2	Taux de réadmission aux services des urgences dans un délai de 60 jours	On recommande aux RLISS de surveiller ce critère de mesure, car il permet d'assurer un équilibre en veillant à ce que Chez soi avant tout n'ait pas d'effets négatifs sur d'autres aspects du système de soins de santé.

Des spécifications techniques (y compris des sources de données) seront établies pour chacun des critères ci-dessus. Même s'il existe plusieurs critères de mesure liés aux résultats et aux processus, dans le cadre du plan d'évaluation, les RLISS devront trouver un moyen de mesurer les modifications apportées aux processus et veiller à ce que la philosophie soit adoptée (p. ex. vérifier si tous les patients font l'objet d'une évaluation en vue de leur retour à la maison après le congé). D'autres critères de mesure liés aux processus sont indiqués ci-dessous. Ces critères *ne sont pas* obligatoires et ne sont fournis qu'à titre d'exemples pour aider les RLISS à évaluer et surveiller les activités relatives à Chez soi avant tout.

ANNEXES

Annexe A – Modèle de feuille de renseignements pour le personnel

Les feuilles de renseignements à l'intention du personnel peuvent être utilisées comme ressources dans le cadre de nombreuses activités de communication. Le contenu ci-dessous peut servir de point de départ pour la création d'une feuille de renseignements destinée au personnel.

1. **Philosophie de Chez soi avant tout**

   Lorsqu'une personne est hospitalisée parce qu'elle a besoin de soins actifs, il faut s'efforcer de mettre à sa disposition les ressources nécessaires pour l'aider à retourner chez elle après son congé.

2. **Avantages pour l'organisation et pour le système**

   Énumérer les avantages que Chez soi avant tout procure à l'organisation, notamment :

   a. *Intégration et efficacité accrues du processus de planification des congés*
   b. *Diminution du nombre de patients ANS occupant des lits de soins actifs et diminution de la durée de séjour aux services des urgences*
   c. *Accès amélioré aux ressources du système, telles que les lits dans les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée, pour les patients qui en ont besoin*

3. **Avantages pour les patients (même que ceux indiqués dans la feuille de renseignements pour les patients)**

   Énumérer les avantages que Chez soi avant tout procure aux patients et à leur famille. Voici des exemples :

   a. *Fait en sorte que les patients reçoivent les soins qui leur conviennent le mieux à l'endroit le plus approprié*
   b. *Permet aux patients de vivre chez eux en toute sécurité le plus longtemps possible*
   c. *Évite que les décisions qui influenceront le reste de la vie du patient soient prises pendant le séjour à l'hôpital (p. ex. décision de présenter une demande d'admission à un foyer de soins de longue durée)*
   d. *Permet d'éviter les infections à l'hôpital et le déconditionnement attribuable à une hospitalisation prolongée et inutile*
   e. *Contribue à optimiser l'état fonctionnel et la qualité de vie du patient*

4. **Changements touchant les processus**

   Expliquer les changements dans le processus de mise en congé et les autres processus connexes.

5. **Rôle du personnel**

Définir le rôle de chaque membre du personnel en relation avec les changements à apporter au processus de mise en congé et aux autres processus liés à Chez soi avant tout. À cette fin, il faut notamment :

a. *préciser le changement de mentalité qui s'impose – chaque membre du personnel doit réfléchir à ce qu'il doit faire pour faciliter le retour à la maison d'un patient après le congé;*
b. *expliquer la collaboration nécessaire à l'intérieur de l'équipe de soins de santé et, le cas échéant, avec le gestionnaire de cas du CASC;*
c. *expliquer le rôle que jouera le gestionnaire de cas du CASC dans le processus de planification des congés.*

Annexe B – Modèle de feuille de renseignements pour les patients et leur famille

Les feuilles de renseignements peuvent faciliter les communications avec les patients ou les membres de leur famille concernant Chez soi avant tout pendant le séjour à l'hôpital. Le contenu ci-dessous peut servir de point de départ pour la création d'une feuille de renseignements destinée au patient et aux membres de sa famille.

1. **Philosophie de Chez soi avant tout**

   Lorsqu'une personne est hospitalisée parce qu'elle a besoin de soins actifs, il faut s'efforcer de mettre à sa disposition les ressources nécessaires pour l'aider à retourner chez elle après son congé.

2. **Avantages pour le patient et sa famille**

   Énumérer les avantages que Chez soi avant tout procure aux patients et à leur famille. Voici des exemples :
   - *a. Fait en sorte que les patients reçoivent les soins qui leur conviennent le mieux à l'endroit le plus approprié*
   - *b. Permet aux patients de vivre chez eux en toute sécurité le plus longtemps possible*
   - *c. Évite que les décisions stressantes qui influenceront le reste de la vie du patient (p. ex. décision de présenter une demande d'admission à un foyer de soins de longue durée) soient prises à l'hôpital alors qu'il est malade*
   - *d. Permet d'éviter les infections à l'hôpital et le déconditionnement attribuable à une hospitalisation prolongée et inutile*
   - *e. Contribue à optimiser l'autonomie et l'état fonctionnel du patient*

3. **Exemples de formes de soutien (CASC, organismes de services de soutien communautaire, hôpitaux) qui sont offertes aux patients à la maison**

   Énumérer l'ensemble ou une partie des services (y compris l'organisation qui les fournit) auxquels le patient peut avoir recours pendant qu'il est à la maison.

4. **À quoi s'attendre pendant le séjour du patient**

   - *a. Indiquer à quel moment les options concernant le retour à la maison après le congé commenceront à être examinées et qui s'en chargera.*
   - *b. Expliquer le rôle du gestionnaire de cas et du planificateur des congés du CASC.*
     - *i. Préciser qui est la principale personne avec qui le patient et les membres de sa famille discuteront des options pour le congé et des services offerts au patient.*
   - *c. Expliquer le rôle du patient et des membres de sa famille.*
     - *i. Indiquer ce que doivent faire les membres de la famille pour obtenir le soutien et les services dont le patient a besoin (p. ex. un membre de la famille pourrait avoir à fournir des services à la place du fournisseur au besoin ou à apporter un soutien quelconque).*

ii. Encourager le patient et les membres de sa famille à participer activement aux discussions concernant le congé dès le début.

5. <u>Coordonnées</u>

Fournir les coordonnées des principales personnes ou organisations qui peuvent répondre aux questions des patients concernant Chez soi avant tout.

Bibliographie

1) WILLIAMS, A.P., D. CHALLIS, R. DEBER, J. WATKINS, K. KULUSKI, J.M. LUM et S. DAUB. « Balancing Institutional and Community-Based Care: Why Some Older Persons Can Age Successfully at Home While Others Require Residential Long-Term Care », *Healthcare Quarterly*, vol. 12, n° 2, 2009, p. 95-105.

2) HOLLANDER, M., et M. PRINCE. « Organizing Health Care Delivery Systems for Persons with Ongoing Care Needs and Their Families: A Best Practices Framework », *Healthcare Quarterly,* vol. 11, n° 1, 2008, p. 44-54.

3) CHAPPELL, N., B. HAVENS, D. HONORARY, M. HOLLANDER, J. MILLER et C. MCWILLIAM. « Comparative Costs of Home Care and Residential Care », *The Gerontologist*, vol. 44, n° 3, 2004, p. 389-400.

4) *Long Term Care Wait Lists Growing: Homes Challenged to Respond*, [En ligne]. [http://www.oanhss.org/AM/Template.cfm?Section=Home& TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=7345] (30 novembre 2010).

5) *Rapport sur la qualité des soins de longue durée en Ontario*, [En ligne]. [http://www.ohqc.ca/fr/ltc.php] (30 novembre 2010).

6) CHANGE FOUNDATION & COMMUNITY PROVIDER ASSOCIATIONS COMMITTEE. *Valuing Home and Community Care Project Methodology & Summary of Findings*, 2010.

7) PEDLAR, D., et J. WALKER. « Brief Report: The Overseas Service Veteran at Home Pilot: How Choice of Care May Affect Use of Nursing Home Beds and Waiting Lists », *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 23, n° 4, 2004, p. 367-369.

Autres documents en ligne

a) L'ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE. *Pratique à forte incidence : Chez soi d'abord*, [En ligne]. [http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2445].

b) Vidéo de l'approche Chez soi avant tout du Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Toronto [http://www.youtube.com/watch?v=CtPD4X665MI].

Auteurs et remerciements

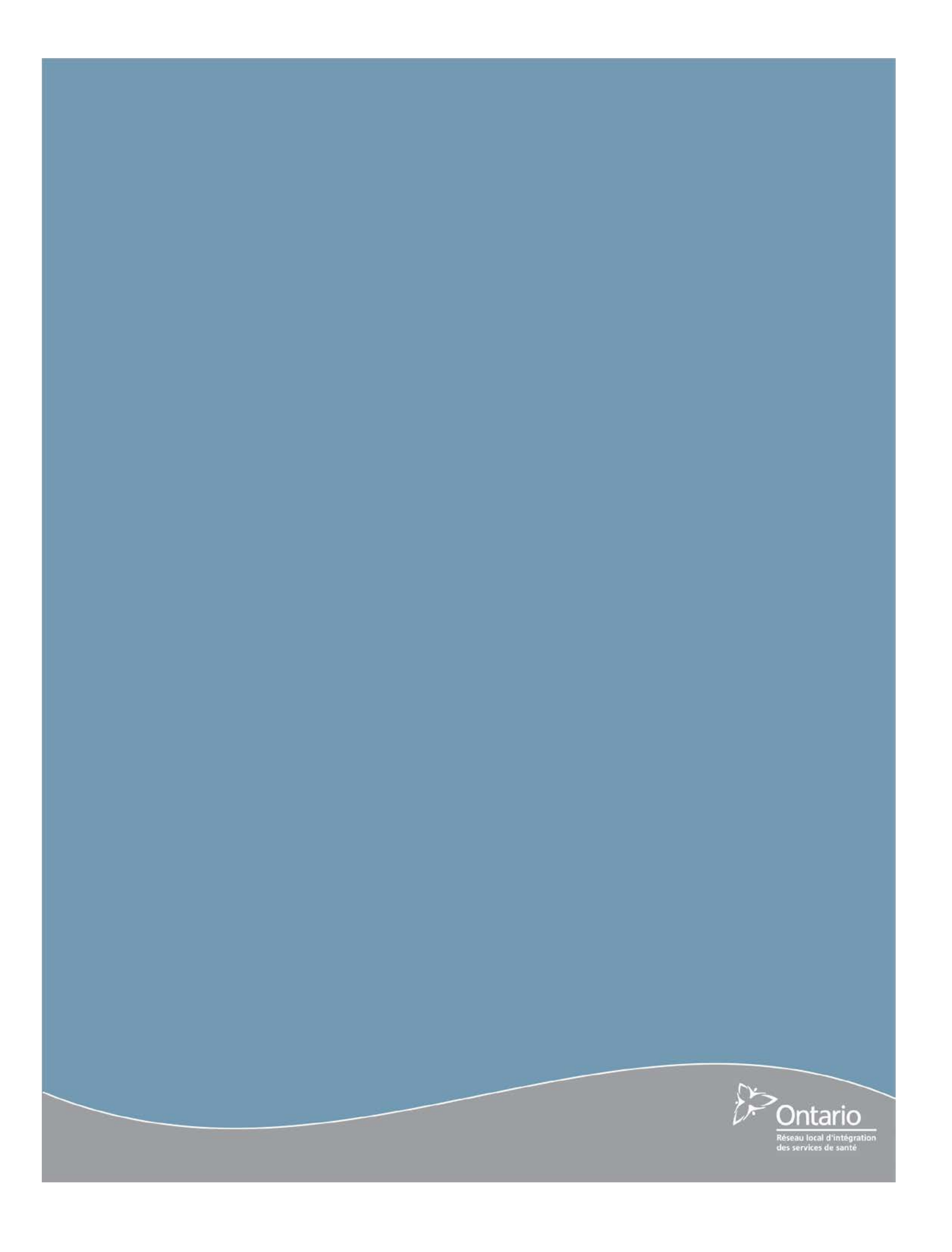
Nikhil Agarwal, M.G.S.S.
Conseiller en projets
Partenariat des RLISS
(nikhil.agarwal@lhins.on.ca)

Rasha Kisswani, M.B.A.
Conseillère en projets
Partenariat des RLISS
(rasha.kisswani@lhins.on.ca)

Liane Fernandes, B.Sc. (physio.), M.Sc.S., CHE
Conseillère principale
Partenariat des RLISS
(liane.fernandes@lhins.on.ca)

Nous tenons à remercier les membres ci-dessous du Groupe de travail sur Chez soi avant tout pour leur contribution et leur collaboration à l'élaboration du présent guide.

Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)	Louise Paquette (coprésidente) – directrice générale, RLISS du Nortd-Est
	Narendra Shah (coprésidente) – directrice générale des opérations, RLISS de Mississauga Halton
	Mimi Lowi-Young – directrice générale, RLISS du Centre-Ouest
	Kim Baker – directrice générale, RLISS du Centre
Centres d'accès aux soins communautaires (CASC)	Bill Innes – directeur général, CASC de Simcoe Nord Muskoka
	Caroline Brereton – directrice générale, CASC de Mississauga Halton
Services de soutien communautaire	Susan Thorning – directrice générale, Association ontarienne de soutien communautaire
Hôpitaux	Dale Clement – directeur général des opérations, Halton Healthcare Services (Oakville)
	Laurie Fox – gestionnaire du secteur des services de santé et des ressources, Hamilton Health Sciences
	Heather Reid – directrice du roulement des patients et de l'utilisation, Lakeridge Health Corporation
Foyer de soins de longue durée	Maria Elias – directrice générale, Belmont House
Secteur des soins primaires	Dr Tim Nicholas – médecin dispensant des soins primaires



Ontario
Réseau local d'intégration
des services de santé